

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**TRASTORNO DE ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE
VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON DERMATITIS ATÓPICA DEL
CENTRO DE LA PIEL (CEPI), EN LA CIUDAD DE QUITO - ECUADOR,
NOVIEMBRE DEL 2011**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

MAURICIO VALENCIA CALVO

DIRECTOR: DR. FRANCISCO CORNEJO

QUITO, 2012

***TRASTORNO DE ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE
VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON DERMATITIS ATÓPICA DEL
CENTRO DE LA PIEL (CEPI), EN LA CIUDAD DE QUITO - ECUADOR,
NOVIEMBRE DEL 2011***

DEDICATORIA

A Susi,

*por ser la persona que con su inconmensurable ternura,
supo dar el incentivo que necesitaba, para terminar con esta empresa,
y levantar los ojos hacia horizontes más amplios que esperan por mi...*

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Susana Barba, por ser siempre un soporte incondicional y desinteresado.

A mi madre por su constante preocupación de que mi juicio sepa tomar las decisiones correctas para mi bienestar; y a mi padre por su paciencia e interés.

Al Dr. Omar Vallejo, médico acupunturista especialista en medicina tradicional china, por enseñarme que la salud es una meta no solo física, sino también de balance espiritual.

A la Dra. Andrea Peña y Lillo por sus palabras de aliento que siempre profesa con mucho cariño a pesar de la gran distancia que nos separa.

Al Dr. Francisco Cornejo por sus consejos y colaboración permanente para que este estudio llegue a buen puerto.

Al Dr. Marco Antonio Pino por buscar siempre la excelencia en cuanto a los aspectos metodológico y estadístico de la investigación.

Al Dr. Santiago Palacios y al Centro de la Piel (CEPI) que él dirige, por la atención brindada y por abrirme las puertas siempre que fuera necesario.

Al Dr. Eduardo Andrade, secretario abogado de la facultad, por tener la apertura y el compromiso que se requiere hacia la institución y los estudiantes que la conforman, muchísimas gracias!

*“El hombre es lo que hace,
con lo que hicieron de él”*

(Jean Paul Sartre)

TABLA DE CONTENIDOS

	Páginas
RESUMEN	7
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	13
Dermatitis Atópica.....	13
Epidemiología.....	13
Etiopatogenia	14
Manifestaciones Clínicas	15
Diagnóstico	16
Diagnóstico Diferencial	17
Complicaciones.....	18
Evolución y Pronóstico	18
Tratamiento.....	18
Ansiedad.....	19
Etiología.....	20
Epidemiología.....	21
Clasificación	21
Diagnóstico	24
Tratamiento.....	24
Dermatitis Atópica & Trastornos Psiquiátricos.....	25
Psiconeuroinmunología	31
Psicodermatología	34
Calidad de Vida	35
Instrumentos	39
CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS	41
Planteamiento del problema de investigación	41

Hipótesis	41
Objetivos	41
Objetivo General.....	41
Objetivos Específicos	42
Tipo de estudio	42
Muestra.....	42
Criterios de Inclusión.....	43
Criterios de Exclusión.....	43
Tamaño de la Muestra.....	43
Procedimientos de recolección de información.....	44
Instrumentos y Método de Diagnóstico	44
Operacionalización de Variables de Estudio	46
Plan de análisis de datos	47
Aspectos bioéticos.....	47
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.	48
Análisis Descriptivo	48
Características Demográficas.....	48
Características Clínicas.....	51
Ansiedad	52
Calidad de Vida en Dermatitis Atópica	53
Análisis Multivariado.....	55
Variables Demográficas.....	55
Variables Clínicas	59
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	62
Conclusiones	68
Recomendaciones	69
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS	74

LISTA DE TABLAS

	Páginas
Tabla No 1. Criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka.....	17
Tabla No 2. Análisis de Asociación entre Ansiedad & Calidad de Vida Estratificado según Edad	56
Tabla No 3. Análisis de Asociación entre la Ansiedad & Calidad de Vida Estratificada según Género.....	56
Tabla No 4. Análisis de Asociación entre Ansiedad & Calidad de Vida Estratificado según Ocupación	57
Tabla No 5. Análisis de Asociación entre Ansiedad & Calidad de Vida Estratificado según Estado Civil	58
Tabla No 6. Análisis de Asociación entre Ansiedad & Calidad de Vida Estratificado según Instrucción	59
Tabla No 7. Análisis de Asociación entre Ansiedad & Calidad de Vida Estratificado según Tiempo de Evolución.....	59
Tabla No 8. Análisis de Asociación entre Ansiedad & Calidad de Vida Estratificado según Gravedad de la DA	60
Tabla No 9. Análisis de Asociación entre Ansiedad & Calidad de Vida	61
Tabla No 10. Comparación Estudios.....	64

LISTA DE FIGURAS Y GRÁFICOS

	Páginas
Figura No 1. Imágenes de distintas fases de la DA.....	15
Figura No 2. Algoritmo de manejo de la DA.....	19
Gráfico No 1. Distribución por Género en Pacientes con DA del CEPI, Nov/2011	49
Gráfico No 2. Distribución de Ocupación en Pacientes con DA del CEPI, Nov/2011	50
Gráfico No 3. Distribución de Instrucción en Pacientes con DA del CEPI, Nov/2011	50
Gráfico No 4. Distribución del Tiempo de Evolución en Pacientes con DA del CEPI, Nov/2011	51
Gráfico No 5. Distribución del Tiempo de Evolución en Pacientes con DA del CEPI, Nov/2011	51
Gráfico No 6. Distribución según Gravedad de DA en Pacientes del CEPI, Nov/2011	52
Gráfico No 7. Sintomatología según el Test de Ansiedad de Hamilton en Pacientes con DA del CEPI, Nov/2011	53
Gráfico No 8. Distribución de Calidad de Vida en DA en Pacientes del CEPI, Nov/2011 ..	54
Gráfico No 9. Distribución de Ítems QoLIAD en Pacientes del CEPI, Nov/2011	55
Gráfico No 10. Relación entre Ansiedad y Calidad de Vida en Pacientes con DA del CEPI, Nov/2011	61

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación entre la presencia de ansiedad y el nivel de calidad de vida en los pacientes adultos que padecen de Dermatitis Atópica (DA), en la ciudad de Quito, para Noviembre del 2011.

Métodos: Es un estudio analítico de Corte, que incluyó a un total de 88 pacientes dividido en 2 grupos de 44 personas, de entre 18 a 65 años de edad, con diagnóstico de dermatitis atópica (DA), sin patologías sobreañadidas, pertenecientes al CEPI, durante el mes de Noviembre del 2011. Se recolectó la información de forma presencial y con asesoramiento del investigador, mediante 3 cuestionarios auto-aplicados: el primero con la información demográfica y clínica básica del paciente, luego se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton y finalmente el Cuestionario Índice de la Calidad de Vida para Dermatitis Atópica (QoLIAD). Mediante el programa estadístico Epi Info 7, se realizó un análisis descriptivo de los datos socio-demográficos y clínicos generales, de la ansiedad y la calidad de vida en estos pacientes. Y se determinó las asociaciones entre la ansiedad y la calidad de vida en DA, lo que a su vez se estratificó por edad, sexo, ocupación, estado civil, instrucción, tiempo de evolución de la DA y gravedad.

Resultados: La edad de los pacientes fue en promedio de $32 \pm 10,63$ años, factor que no influye para tener mala calidad de vida. A diferencia del género donde se observó que las mujeres con ansiedad tienen 22 veces mayor posibilidad de tener una mala calidad de vida, grupo que se encuentra sobre-representado. El hecho de poseer empleo o estar desempleado fue en ambos casos un factor para padecer mala calidad de

vida (OR = 28,75 y 38,50 respectivamente). De igual manera, el tener una vida conyugal (OR = 41,14) o no tenerla (OR = 23), representó una mayor posibilidad. Los observados que no poseían un título universitario tuvieron 18 veces más posibilidades de tener una mala calidad de vida; en cambio para los pacientes con educación superior no se pudo determinar el OR pero fue posible comprobar la existencia de asociación (Yates de 17,57). No se probó asociación alguna según los años transcurridos de padecimiento de la enfermedad en relación a las otras variables. A diferencia de la percepción del estado clínico que los mismos pacientes manifestaron, en donde se evidencia que en la gravedad leve a moderada se tiene 28 veces más posibilidad de tener mala calidad de vida; en cuanto al estado severo sólo se logró demostrar la existencia de una asociación débil (Fisher = 0,66), sin que esta sea estadísticamente significativa. Existió una fuerte asociación (Yates = 32,77), de 28 veces mayor posibilidad para que las personas con DA y ansiedad vivan una mala calidad de vida (OR = 29,28), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

Conclusión: La ansiedad en la dermatitis atópica constituye un factor que afecta a la calidad de vida relacionada con la salud.

Palabras clave: *dermatitis atópica, ansiedad y calidad de vida.*

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to establish the relationship between anxiety and quality of life in adult patients suffering from Atopic Dermatitis (AD), in the city of Quito, by November 2011.

Methods: It is an analytical cut study, involving 88 patients divided in 2 groups of 44 people, aged between 18 to 65 years old, diagnosed with atopic dermatitis (AD), without other additional pathologies, belonging to the CEPI, during the month of November, 2011. The information was collected in person and with counseling from the researcher, through 3 self-administered questionnaires: the first one with the basic demographic and clinical information of the patient, later the patients were applied the Hamilton Anxiety Scale questionnaire and finally the Quality of Life Index for Atopic Dermatitis (QoLIAD). Using the statistical program Epi Info 7, was performed a descriptive analysis of the general socio-demographic and clinical data, besides anxiety and quality of life in these patients. And it was define the associations between anxiety and quality of life in AD, which in turn was stratified by age, sex, occupation, marital status, education, duration and severity of AD.

Results: The age of patients averaged $32 \pm 10, 63$ years old, factor that does not influence to have a poor quality of life. Unlike the genre where it was noted that women with anxiety are 22 times more likely to have a poor quality of life, a group that is over-represented. To be employed or unemployed was a factor in both cases to have poor quality of life (OR = 28, 75 and 38,50 respectively). Similarly, having a conjugal

life (OR = 41, 14) or not (OR = 23), represented a greater possibility. The observed that did not have a college degree were 18 times more likely to have a poor quality of life; in contrast of patients with higher education the OR could not be determined, but it was possible to verify the existence of association (Yates = 17,57). Association between the years of suffering from the disease in relation to other variables couldn't be proved. Unlike the perception of the clinical condition that patients themselves expressed, where it is shown that mild to moderate severity is 28 times more likely to have poor quality of life; in severe state it was only able to prove the existence of a weak association (Fisher = 0.66), although this isn't statistically significant. There was a strong association (Yates = 32,77), of 28 times more likely that people with AD and anxiety to live a poor quality of life (OR = 29,28), being this difference statistically significant ($p < 0.01$).

Conclusion: Anxiety in atopic dermatitis is a factor that affects the quality of life, related to health.

Key Words: *atopic dermatitis, anxiety and quality of life.*

CAPÍTULO I.

INTRODUCCIÓN

La Dermatitis Atópica, llamada también eccema, es una enfermedad de la piel asociada con la hiperactividad del sistema inmune, con presentaciones clínicas diversas, con distintos grados de severidad, de origen multifactorial, en la que intervienen tanto factores ambientales como constitucionales, y que requiere un manejo constante y complejo.

Al ser una enfermedad crónica, que presenta épocas de remisión o exacerbación y constantes lesiones en la piel, provoca en el individuo enfermo y su familia, distintas respuestas emocionales, lo cual resulta perjudicial para la evolución de esta patología y para la calidad de vida del paciente; es por esto que la dermatitis atópica se ha considerado una enfermedad psicosomática, es decir, que estímulos psicológicos son elementos que precipitan, mantienen o exacerban los síntomas, con distintos grados de severidad.

A pesar de todos los avances que hay en cuanto a la relación mente - cuerpo, aún se sabe poco sobre el nivel de influencia de los trastornos emocionales (principalmente de la ansiedad, que es la que se desarrolla con mayor frecuencia) en la calidad de vida del paciente con dermatitis atópica, y hasta que nivel incide esta para la gravedad o empeoramiento de dicha condición.

El propósito de esta investigación es justamente esclarecer la divergencia en este campo e incentivar nuevos estudios. Por otro lado, este conocimiento nos proporcionará las herramientas adecuadas para evaluar la importancia de los diferentes tratamientos en la vida diaria del paciente, que incluya un manejo integral del mismo, donde la evaluación psicosomática sea un pilar fundamental.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

DERMATITIS ATÓPICA

El eccema o dermatitis son un tipo de reacción o “perfil reactivo”, que tienen presentaciones clínicas muy variables, y un signo histológico común, la espongiosis (edema intercelular de la epidermis). La Dermatitis Atópica (DA) o Eccema Atópico es la manifestación cutánea de una condición alérgica conocida como atopia, de carácter inflamatorio, crónico y recidivante, cuya sintomatología característica es el prurito. La atopia es una condición alérgica mediada principalmente por la inmunoglobulina E (IgE), por lo que la dermatitis es una de las manifestaciones, pero comúnmente se desarrolla como una trilogía conformada además por Asma, presente en más del 50% de los casos, y Rinitis Alérgica en aproximadamente el 75% (1).

Epidemiología

En la población, un 10-20% de los niños y un 2-10% de adultos presentan DA en algún momento de su vida (2). En el Distrito Metropolitano de Quito, la incidencia en la población general es de 3,75% (3). En Dermatología Pediátrica, la DA es el primer motivo de consulta, con una frecuencia del 12% del total de atenciones (4). La prevalencia es más elevada en poblaciones pediátricas (60% desarrolla los síntomas antes de cumplir el primer año de vida y 30% antes de cumplir el quinto) (4; 5).

A pesar de que los datos referentes a la prevalencia e incidencia de la enfermedad, varían según el grupo poblacional estudiado y la ubicación geográfica. Se sabe que la dermatitis atópica afecta actualmente a un 5-15% de la población mundial, y su incidencia ha ido aumentando considerablemente, primordialmente en los países industrializados. “La prevalencia de la dermatitis atópica ha aumentado en el mundo occidental: antes de 1960, aproximadamente, del 2 al 3% de los niños tienen dermatitis atópica, siendo este porcentaje del 9 al 12% en los nacidos después de 1970” (6). Por todas estas características, dicha condición representa un elevado coste económico, social y psicológico, al ser crónica, debido a su alta prevalencia y a los ingentes cuidados que requieren estos pacientes desde muy temprana edad.

Etiopatogenia

Es considerada una enfermedad de etiología multifactorial, lo que significa que existen varios factores predisponentes para que esta se desencadene, como una clara predisposición genética, lo cual se evidencia con antecedentes de familiares con la misma enfermedad (hasta el segundo grado de consanguinidad) en un 80% de los casos, factores vasculares y otros componentes como el medio ambiente (tales como la exposición al tabaquismo pasivo o la acumulación de polvo), factores de fondo nutricional (como por ejemplo la suspensión temprana de la lactancia materna y el uso precoz de leche de fórmula, y otros alimentos), o incluso el estado emocional de la persona, que puede verse perjudicado ante la presencia de situaciones estresantes. Sin embargo, hasta la actualidad no se ha definido concretamente la magnitud de la influencia de los factores de riesgo en la intensidad de la enfermedad. “Existe una clara

predisposición genética. Cuando los dos progenitores están afectados, más de 80% de sus hijos manifiestan la enfermedad. Cuando sólo está afectado un progenitor, la prevalencia cae a poco más de 50%” (7). Al ser un proceso mediado principalmente por la IgE, existe aumento de su síntesis y mayores concentraciones séricas, además se ha observado trastornos en los mecanismos de hipersensibilidad retardada.

Manifestaciones Clínicas

Las lesiones primarias incluyen máculas, pápulas y vesículas eritematosas, que coalescen, y forman placas y manchas (8). Los cuadros crónicos se caracterizan por engrosamiento de la piel o liquenificación (hipertrofia cutánea con aumento de la marcación normal de la piel).

Figura No 1. Imágenes de distintas fases de la DA





Fase crónica

*Tomado de Calderón J; et al. Manifestaciones poco frecuentes de Dermatitis Atópica. Revista Alergia México 2007; 54(3):98

Además de la variabilidad de las lesiones cutáneas, que en su conjunto forman un cuadro característico, y la liquenificación, se caracteriza también por la presencia de prurito y rascado constante e intenso, con un cuadro evolutivo con repetidas exacerbaciones y remisiones. Los antecedentes familiares de alguna patología o manifestación hacen sospechar un probable “perfil atópico” (como el asma, la rinitis alérgica, alergia a alimentos o eccemas) y una evolución mayor a 6 semanas.

Diagnóstico

El diagnóstico es principalmente clínico, a pesar que en exámenes de sangre se puede demostrar eosinofilia y/o aumento de los niveles de IgE. Para el diagnóstico clínico, se requiere de algunos criterios, para lo cual existen muchos autores; sin embargo, los más populares son los de Hanifin y Rajka (**Tabla N°1**), que requiere cumplir 3 criterios mayores más 3 criterios menores para el diagnóstico (9), cuya sensibilidad y

especificidad van en rangos de 87.9% a 96.0% y de 77.6% a 93.8%, respectivamente (10).

Tabla No 1. Criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka

Criterios mayores

Prurito
Topografía y morfología típicas (niños: lesiones en la cara y las áreas de extensión; adultos: lesiones liquenificadas en pliegues)
Evolución crónica y recidivante
Antecedentes personales, familiares o ambos de atopia

Criterios menores

Xerosis
Pruebas cutáneas positivas
IgE sérica elevada
Inicio a edad temprana
Tendencia a infecciones cutáneas
Dermatitis de las manos y los pies
Eccema del pezón
Conjuntivitis
Pliegues de Dennie-Morgan
Queratocono
Catarata subcapsular anterior
Hiperpigmentación periorbitaria
Eritema con palidez facial
Pitiriasis alba
Pliegues anteriores del cuello
Queratosis pilar
Alergia a alimentos
Factores ambientales y emocionales
Dermografismo blanco

* Modificado de Hanifin JM, Rajka G. Acta Derm Venereol (Stockh) 1980;2:44-47.

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial varía de acuerdo a la edad del paciente y el tipo de lesión cutánea que presente. Dentro de estos criterios, el diagnóstico diferencial de la DA abarca a la dermatitis de contacto, dermatitis seborreica, prurigo simple, psoriasis,

sarna, pitiriasis alba, enfermedades del colágeno como el lupus sistémico eritematoso, acrovesiculosis atópica y la dermatitis plantar juvenil, entre otros (11).

Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes observadas en pacientes con DA, son secundarias a la disrupción de la piel, entre las cuales se encuentran principalmente las sobreinfecciones por bacterias como *Staphylococcus aureus*, por virus como las verrugas, y por hongos como la dermatofitosis o micosis superficial; además, se mencionan las cicatrices permanentes que pueden causar afectación psicológica (12).

Evolución y Pronóstico

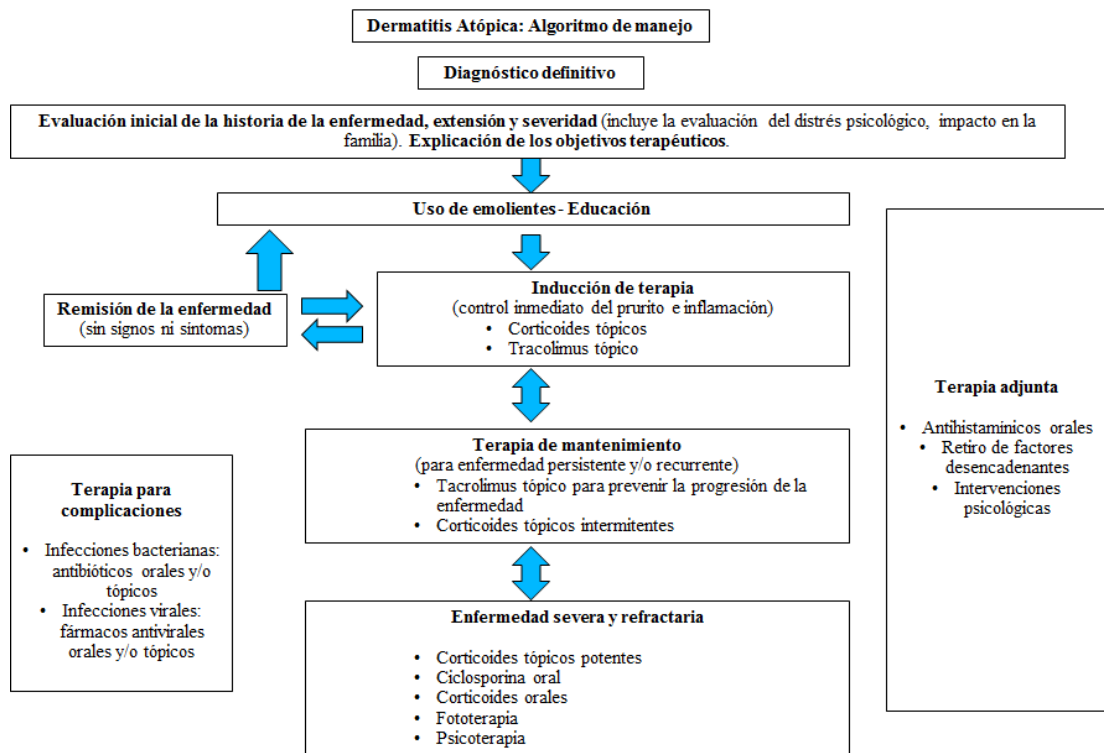
Por lo tanto, aproximadamente el 85% de los casos se manifiesta inicialmente antes de los 5 años, y el 75% mejora su condición alrededor de los 10 a los 14 años de edad (13), otros manifiestan que en un 60-70% de los casos remite con el paso del tiempo, llegando incluso a desaparecer completamente en algunos, y en otros se mantiene con brotes esporádicos, principalmente en la adolescencia (14). “Puede desaparecer alrededor de los dos años y en algunas ocasiones en la pubertad, pero en un 30% de los casos puede persistir hasta la edad adulta” (15).

Tratamiento

El tratamiento está basado en tres pilares: corrección de factores causantes o

exacerbantes de la DA, cuidado y protección de la piel, y finalmente, la farmacoterapia. A continuación, se observa un algoritmo de manejo que se basa en los tres parámetros mencionados anteriormente (16).

Figura No 2. Algoritmo de la manejo de DA



*Traducido de Saeki H; et al. "Guidelines for management of atopic dermatitis". The Journal of Dermatology, 2009; 36: 573.

ANSIEDAD

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de síntomas fisiológicos característicos, y que puede conllevar a la fatiga o agotamiento; es un concepto estrechamente ligado e incluso intercambiable con el de temor. Su intensidad

es variable, va desde leves inquietudes, hasta verdaderas crisis de angustia. De igual forma el tiempo de evolución y duración tienen un rango amplio. Su modo de aparición puede ser inesperado (ansiedad espontánea o sin manifestación), o de forma predecible como reacción a ciertas situaciones (ansiedad manifiesta, situacional o fóbica). No se ha podido establecer con exactitud, un límite entre las manifestaciones de una ansiedad normal a una patológica. La ansiedad y la depresión tienen un fuerte grado de asociación, tal es el caso que las $\frac{3}{4}$ partes de las personas con depresión primaria, refieren estar ansiosos.

Etiología

Existen varias teorías sobre la etiología de la ansiedad. Algunos aducen una base genética, al evidenciarse cierto grado de influencia entre familiares, en ciertos trastornos ansiosos. En cambio Freud, explicó la ansiedad desde una perspectiva psicoanalítica, aduciendo que esta es una emoción o señal del “yo” para el surgimiento de conflicto o impulso inconsciente. Los terapeutas conductuales aseguran que esta es una respuesta aprendida ante algún estímulo o situación. Desde el aspecto bioquímico, al compararse con la población general, el funcionamiento fisiológico de los ansiosos es diferente (mayor frecuencia cardíaca, concentraciones más elevadas de lactato sanguíneo y mayor déficit de oxígeno durante el ejercicio moderado), incluso los pacientes que sufren de trastornos de angustia son más sensibles a ciertas sustancias (como la cafeína, noradrenalina, etc.). Se ha encontrado una actividad incrementada en el *locus coeruleus*, núcleo del cerebro medio que suministra cerca del 70% de las neuronas liberadoras de noradrenalina en el SNC, además de una neurotransmisión

anormal de serotonina (en el Trastorno Obsesivo Compulsivo).

Epidemiología

Los desórdenes de ansiedad son muy comunes a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud en un estudio realizado en 14 países, determinó que la incidencia de este tipo de trastornos va entre el 5.3 y 18.2% (17); de acuerdo a la clasificación que se menciona a continuación, la fobia es el trastorno de ansiedad más común, con un 25% de personas que cumplen con los criterios de diagnóstico. Es necesario mencionar que de acuerdo al género, las mujeres son el grupo más afectado por este trastorno (18; 19), y que el inicio de estos desórdenes se da principalmente en la infancia hasta la adolescencia (18). De acuerdo al estado civil, las personas viudas tienen un RR de 3.49-9.76 de desarrollar tanto trastornos de ansiedad como de depresión (20).

Clasificación

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (conocido como DSM- IV por sus siglas en ingles), clasifica a la ansiedad según una serie de criterios diagnósticos (21), en:

1. Trastornos por Angustia: periodo de miedo o incomodidad intensa, de aparición brusca y que sus manifestaciones llegan a su punto más crítico en los primeros 10 minutos. Más de un tercio de la población tendrá una crisis de angustia en algún momento, una proporción mucho menor tendrá una repetición dela crisis, y menos del

1% desarrollará un trastorno por angustia; las mujeres tienen el doble de posibilidad de sufrir este trastorno, que los hombres. Por la constante evitación de las situaciones que pueden desencadenar las crisis, existe el riesgo de desarrollar fobias, por ello se sub-clasifican en:

- a) Trastorno de angustia sin agorafobia.
- b) Trastorno de angustia con agorafobia.

2. Agorafobia: temor a ser atrapado en una situación en donde una salida accesible hacia un estado de seguridad es difícil o molesta (como en lugares públicos). La fobia en si, son temores irracionales, en donde se recurre a evitar objetos o situaciones las cuales son sumamente improbables que causen daño real.

3. Fobia Social: también conocido como trastorno de ansiedad social o antropofobia; y se caracteriza por un temor irracional, persistente y reconocible, de verse humillados al tener un mal desempeño ante una situación social. La fobia puede ser específica (como hablar en público) o presentarse de manera generalizada frente a todos los aspectos sociales de la vida.

4. Fobias Específicas: son los trastornos de ansiedad más comunes, y aparecen en la infancia, y tienen una resolución espontánea en su gran mayoría al avanzar su desarrollo; y las que permanecen, se someten a una terapia de exposición, que ha mostrado ser sumamente satisfactoria.

5. Trastorno Obsesivo - Compulsivo (TOC): las *obsesiones* son ideas intrusas, que se manifiestan como imágenes o impulsos repetitivos; en cambio las *compulsiones* son pensamientos o actos repetitivos que se ejecutan para prevenir o disminuir la ansiedad provocada por las obsesiones, es la frecuencia de su repetición y el tiempo que toman, lo que los hacen nocivos e incluso incapacitantes. En algún momento el paciente reconoce estas ideas como carentes de razón y excesivas.

6. Trastorno por Estrés Postraumático: lo padecen personas que han estado expuestas a uno o varios eventos traumáticos significativos, los mismos que lo vuelven a experimentar de manera recurrente a través de recuerdos intrusos y repetitivos, además de síntomas de evitación y excitación persistentes por al menos un lapso mayor a 1 mes, que condicionan su vida social u ocupacional.

7. Trastorno por Ansiedad Generalizada: es la presencia mayoritaria en el tiempo, de por los menos 6 meses de evolución de una ansiedad o preocupación excesivas que no se confina a un trastorno específico, difícil de controlar, y que afecta el desempeño normal de la persona. Su sintomatología es variable y múltiple, como intranquilidad o agitación, fatiga con facilidad, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular y/o alteraciones del sueño.

8. Trastornos de Adaptación con Síntomas Ansiosos: se encuentra dentro de una subcategoría, y se refiere a un estado de malestar subjetivo con síntomas emocionales (como la ansiedad), conductuales u orgánicos, que se desencadena dentro de 3 meses de exposición frente a uno o varios estresores identificables; que deteriora

significativamente su funcionalidad social, laboral o académica. Una vez cesado las situaciones estresantes o sus consecuencias (como matrimonio, nacimiento de hijos, jubilación, etc.) el trastorno no debe persistir más allá de los 6 meses posteriores.

9. Otros Trastornos de Ansiedad: estos se refieren a los producidos por ciertos padecimientos somáticos o uso de algunas sustancias. Existen además trastornos de ansiedad no especificados, que no satisfacen ninguno de los criterios del DSM IV.

Diagnóstico

Los trastornos de ansiedad sólo pueden ser diagnosticados en un paciente que cumple con los criterios del DSM- IV para cada uno de los desórdenes de ansiedad antes mencionados (21). Sin embargo, los trastornos de ansiedad suceden comúnmente junto con otras enfermedades mentales o físicas, lo cual puede enmascarar los síntomas de la ansiedad e incluso empeorarlos.

Tratamiento

Existe un consenso de considerar a la ansiedad lo suficientemente nociva para requerir tratamiento, cuando esta afecta la capacidad laboral y la adaptación social de la persona, en su vida cotidiana; sin embargo, una importante parte del tratamiento es la educación, que se usa en combinación con la psicoterapia como la terapia cognitiva-conductual y medicación como los inhibidores de la recaptación de serotonina, de acuerdo con la severidad de los síntomas (22).

DERMATITIS ATÓPICA & TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

La relación entre mente y cuerpo siempre se ha tenido presente tanto en la experiencia cotidiana como en el sentido más puramente científico. La posibilidad de que en el origen de ciertas enfermedades puedan estar implicados factores psicológicos (como el estrés), ha sido demostrada, así como la de que estos mismos aspectos puedan explicar en parte la permanencia o agravamiento de enfermedades como el asma (en cuanto a las crisis), el cáncer y otras. La psiconeuroinmunología se ha interesado por todos estos aspectos que han puesto de manifiesto la existencia de relaciones bidireccionales entre mente y cuerpo, y la utilidad de aplicar estos conocimientos al ámbito de la salud. Entre los estudios realizados en este campo se encuentran aquellos que tratan de determinar en qué variables psicológicas se diferencian los sujetos que padecen ciertas enfermedades y sobre todo si estas diferencias podrían explicar el desarrollo de la enfermedad, o si se trata más bien de consecuencias que la enfermedad tiene en sí misma y que repercuten en la salud psicológica de los sujetos (23).

Desde un punto de vista psiconeuroinmunológico, la investigación ha confirmado la relevancia de los factores psicológicos (entre otros la ansiedad, el estrés y ciertos estilos de vida), en el desarrollo, permanencia, e incluso agravamiento, de ciertas enfermedades (úlceras, trastornos cardiovasculares, enfermedades respiratorias como el asma, alergias, entre otras). De hecho, hoy se puede explicar desde un punto de vista psicobiológico, la intervención de factores psicológicos como desencadenante de estas enfermedades (24). Sin embargo, es de importancia considerar que hay mecanismos psicológicos y fisiológicos compensatorios, frente a los riesgos psicosociales, y que no

todas las personas expuestas a estos, necesariamente enferman.

“En el desarrollo de las enfermedades alérgicas, aunque la importancia de los factores psicológicos ha sido establecida, frecuentemente nos encontramos ante el hecho de que los resultados son contradictorios y en ocasiones no se establece claramente el sentido de la relación que entre ambos existe“ (24). Algunos estudios indican que pacientes con determinadas psicopatologías, son más propensos a padecer algún tipo de alergia, en comparación a las personas que gozan de una adecuada salud mental. “En la clínica dermatológica, la valoración del equilibrio emocional es un elemento de importancia para el diagnóstico, terapéutica y prevención de numerosas enfermedades; por lo tanto, es del sentido común pensar que el estrés puede estar relacionado con la morbilidad que por afecciones dermatológicas pudiera presentar una población laboral“ (25).

“Se concluye que las enfermedades alérgicas son más frecuentes en la población que presenta trastornos psicopatológicos de tipo afectivo o de ansiedad (28%), que en la población normal (2-20%). Más aún, que la alergia es más común entre los pacientes con trastornos de ansiedad (en concreto los que presentan trastorno de pánico), que entre los sujetos con trastornos de tipo depresivo“ (24). Se debe tomar en cuenta la existencia de otras investigaciones, que estudian la relación entre estos factores pero con una dirección distinta. Tratando de dilucidar las implicaciones psicológicas que las alergias pueden originar. Dudley y Gupta plantean que es más frecuente encontrar referencias a los efectos estresantes de las alteraciones de la piel en los sujetos, es decir, el estrés como consecuencia de enfermedades dermatológicas y no como parte

de su causalidad (26; 27). A pesar de la variedad de estudios que hay disponibles en la actualidad, a sido complicado obtener conclusiones definitivas, por lo que esto abre posibilidad a un campo muy amplio de investigación, aún vigente.

La enfermedad psicosomática es el producto de los conflictos psicológicos internos, que desencadena a posteriori un mal funcionamiento somático. “La piel es considerada como un sistema que establece una conexión entre lo interno y lo externo, fuente de sensaciones y borde o límite. Psicológicamente puede vincularse con las creencias acerca de cómo nos ven los otros, las inseguridades, incertidumbres, pérdidas y preocupaciones; en ella se reflejan los pensamientos y sentimientos más íntimos, recibe las caricias y los golpes, siente el calor y el frío, la excitación y la frialdad afectiva“ (25).

Bajo el título de dermatosis psicosomáticas, se incluye un gran número de enfermedades, que generalmente tienen una causalidad puramente psíquicas como la acarofobia, parasitofobia, excariaciones neuróticas y tricotilomania; otras donde el factor psíquico cumple en la enfermedad un papel destacado, como la dermatitis facticia, el prurito psicógeno, la neurodermatitis o DA, la dermatitis exudativa crónica discoide y liquenoide, la hiperhidrosis, y algunos casos de urticaria, rosácea, acné vulgar y psoriasis; en las que la inestabilidad emocional y la tensión constituyen los factores esenciales en su etiopatogenia. De esto, Norman Wrong plantea: “La piel es un órgano de expresión de la ira, el temor, el resentimiento y la vergüenza“ (25).

“Según Cormia, del 14 al 18% de las dermatosis son psicógenas, las manifestaciones

psicosomáticas se consideran de etiología multifactorial, donde intervienen factores inmunológicos, genéticos, psicológicos y sociales, y en su relación con los elementos socioeconómicos aumentan su frecuencia en las clases trabajadoras” (25).

Rechenherber clasifica el perfil psicológico de las enfermedades dermatológicas en 4 grandes grupos (28):

1. Enfermedades dermatológicas psicosomáticas, las cuales manifiestan síntomas corporales que representan equivalentemente a expresiones somáticas de la emoción (por ejemplo urticaria, psoriasis, herpes genital y labial, hiperhidrosis, prurito, alopecia, etc).
2. Neurosis que eligen la piel como órgano para expresarse (como por ejemplo el acné escoriado, los condilomas acuminados, la dermatitis perianal, la onicofagia, la pseudo-esclerodermia, etc.).
3. Alteraciones dermatológicas que enmascaran otros propósitos de carácter psicológico (como para manifestar problemas de autoestima, hablar de sus conflictos o para llamar la atención).
4. Alteraciones dermatológicas banales con interpretación delirante, como ejemplo: alucinaciones olfativas secundarias a trastornos de la sudoración.

La DA esta considerada en la actualidad como parte del primer grupo, un trastorno

psicosomático, ya que se considera que la importancia de los factores emocionales en el sujeto, están altamente relacionados con la expresión orgánica de la patología. Se sabe que ciertos estados emocionales y ciertas características de la personalidad del paciente, originan un cúmulo de emociones que al ser persistentes, buscan expresión y originan una respuesta fisiológica de la enfermedad de base en el organismo (29).

Existe evidencia que demuestra que el prurito es un síntoma psicopático, la excitación del sistema nervioso central por una perturbación emocional puede intensificar la respuesta vasomotora y de sudoración de la piel y conducir al círculo vicioso de prurito-rascado. La perturbación emocional disminuye el umbral del prurito y desencadena la respuesta de rascado (30). Está demostrado que en adultos atópicos existen ciertos factores emocionales que se asocian a empeoramiento de los síntomas, como la presencia de depresión clínica, el manejo inadecuado de la rabia y el estrés. Asimismo, se ha reportado mejoría de los síntomas con tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico recibidos conjuntamente con un adecuado tratamiento dermatológico (31).

“Las alteraciones psicológicas son un síntoma que cada vez más se toma en cuenta, ya que las investigaciones indican que más de un 30% de los pacientes manifiestan angustia” (14). “En las décadas de los años 30, 40 y 50 aparecen gran cantidad de trabajos sobre el papel de la ansiedad y el estrés en el desarrollo y exacerbación de una amplia variedad de enfermedades físicas, así como investigaciones clínicas para ver la relación mente-cuerpo. Estos trabajos se caracterizaban por tener un marco teórico evidentemente psicoanalítico, ya que es el basamento de dicha escuela” (32). En

relación con la salud, se considera que la realización de cualquier actividad requiere un grado de tensión que la activa, sin perjudicar la ejecución del sujeto ni provocar vivencias de malestar (25). “Numerosas legislaciones médicas y laborales, reconocen a las manifestaciones dermatológicas como unas de las alteraciones más frecuentes que sufre la población laboral” (25). El estrés está considerado como uno de los factores de riesgo que más contribuye a la morbilidad en cualquier población trabajadora y, por lo tanto, uno de los factores que más aporta a los problemas de salud de la población en general (25).

Las situaciones estresantes que se dan en la vida laboral del adulto se dan por el desbalance de las exigencias de la tarea encomendada, y la capacidad del trabajador para cumplirla, lo que ocasiona emociones negativas o conflictos internos. En un bien documentado artículo, Di Martino refiere que en el Reino Unido las pérdidas por ausencias al trabajo relacionadas con el estrés y los desórdenes mentales ascienden a 5 billones de libras esterlinas anualmente. Responsabiliza este autor al estrés con la alta incidencia de ansiedad, depresión, trastornos psicosomáticos, etc., que sufre un número cada vez mayor de trabajadores que desempeñan diferentes profesiones, como es el caso de los maestros, personal de salud, ejecutivos, controladores de tráfico aéreo y conductores de ómnibus, entre otros (33). El estrés laboral, factor que se relaciona íntimamente con el estado de ansiedad, se da en la población adulta, lo que afecta su rendimiento profesional y tiene repercusiones económicas personales y sociales, condición que se acentúa aún más en las enfermedades dermatológicas crónicas.

PSICONEUROINMUNOLOGÍA

La Neuroinmunología se especializa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades neurológicas en las cuales el sistema inmune juega un papel importante, mientras que la Psiconeuroinmunología estudia la interrelación entre la conducta, el sistema inmune y el sistema nervioso, término introducido en 1980 por la Sociedad Americana Psicosomática (34).

Para la comunicación psiconeuroinmune, existen 4 modelos de estudio (35):

1. Los efectos del estrés en la inmunidad,
2. El condicionamiento conductual de la respuesta inmune,
3. La activación del eje hipotálamo-hipófisis-glándulas suprarrenales (HHA), y
4. La regulación del sistema inmune por el sistema nervioso autónomo (SNA):
aferente (del sistema inmune al nervioso) y eferente (del sistema nervioso al inmune).

La explicación de este funcionamiento, está respaldado por estudios que concluyen que el estrés suprime la respuesta inmune; entendiendo por estrés a toda agresión tanto interna como externa al organismo que altera su equilibrio homeostático, que incluye estímulos físicos y psíquicos.

Ante una situación de estrés, se produce una evaluación cognitiva, donde el cerebro detecta estas alteraciones y envía señales, mediante producción de noradrenalina para una respuesta inespecífica de adaptación del organismo. Cuando el estímulo estresor

es prolongado, se produce una respuesta endocrina con la activación del eje HHA, que promueve el uso de recursos naturales del organismo y que prioriza la función de órganos como el cerebro, corazón y adrenales, y a su vez, secreta glucocorticoides que lleva a una respuesta de inmunosupresión, al actuar sobre receptores de corticoides en órganos y células del sistema inmunológico. Todo este sistema de respuesta, se conoce como “Síndrome General de Adaptación” (36; 37; 38).

La supresión de los órganos del sistema inmunológico, como el timo, el bazo, la médula ósea y los ganglios linfáticos, se produce ya que estos órganos están innervados por fibras nerviosas del sistema nervioso simpático; estas regiones de contacto son funcionales, es por eso que cualquier interrupción de la misma provocaría un incremento de susceptibilidad para desarrollar enfermedades, ya que hay una disminución en la respuesta innata con baja producción de células asesinas, y respuesta adaptativa con baja producción de linfocitos T y secreción de citoquinas e inmunoglobulinas (36; 39).

El modelo humano que ejemplifica la relación entre el sistema inmunológico y los factores psicológicos en respuesta al estrés, es la evaluación de parámetros inflamatorios en estudiantes de medicina en época de exámenes, donde se observa una disminución de la respuesta a inmunógenos, un decremento de los linfocitos T y un aumento de enfermedades infecciosas, como la enfermedad por el virus Epstein Barr (37; 40).

Para entender mejor como influye la Psiconeuroinmunología en pacientes con DA, es necesario entender un síntoma predominante en esta enfermedad: el prurito, que es una

sensación desagradable y subjetiva sobre la piel, que incita al rascado y que puede ser tan intensa, como para lograr una afectación social en el individuo.

Para la explicación fisiológica del prurito, se parte del conocimiento que la epidermis está inervada por fibras nerviosas A y C, sin embargo las últimas son las que más participan en la presencia de este síntoma. Las sustancias que producen prurito son la histamina liberada por los mastocitos de la piel y que actúan sobre los receptores H1, y las sustancias liberadas desde las fibras nerviosas secundarias a un estímulo desde el cerebro, como la sustancia P y el péptido intestinal vasoactivo; además, existen también sustancias que solo exacerban el prurito como las prostaglandinas, opioides, entre otros (41).

Entre los principales estímulos que producen prurito están: un origen externo como una picadura de insecto, o interno como las dermatosis; no obstante, el prurito generalizado puede ser la manifestación de una molestia psíquica como la ansiedad o depresión, y a su vez, es necesario resaltar que todas las formas de prurito pueden agravarse con el estrés.

El estrés afecta al prurito, ya que permite la liberación de adrenalina que actúa sobre los mastocitos de la piel con la posterior liberación de histamina y en las fibras nerviosas con la producción de sustancia P. Otros factores que contribuyen de manera potencial, relacionados al estrés y ansiedad, son las variaciones de la temperatura de la piel y la respuesta al sudor (41).

Como resultado de lo citado antes, el estrés potencia cualquier dermatosis pruriginosa por producción de sustancias mediadoras y porque el umbral del prurito en sí, es reducido por el estrés, esto es potenciado en pacientes que no desarrollan mecanismos de manejo adaptativo y liberación de la tensión.

En base a estos principios, en los últimos años ha nacido un movimiento de la medicina que estudia y trabaja abiertamente en la psiconeuroinmunología, que provee una base científica, para entender la fisiopsicopatología de las enfermedades y el rol del propio paciente para superar la enfermedad y mantener la salud.

PSICODERMATOLOGÍA

Las conexiones entre psiquiatría y dermatología, cada día son más relevantes, aunque aún no hay mucha literatura que respalde. Esta relación puede ser bidireccional, ya que la dermatosis puede causar ansiedad y a su vez, la ansiedad exacerba las dermatosis, lo que causa un deterioro considerablemente mayor en el paciente.

La Psicodermatología es un área nueva en la Dermatología y abarca un abordaje integral del paciente, ya que pretende atender el malestar emocional junto con la patología de la piel (42).

La DA se caracteriza por tener el prurito como síntoma dominante, que causa lesiones en la piel y posteriormente liquenificación secundaria. El objetivo del rascado es

eliminar de la piel posibles agentes nocivos, donde la reacción de rascarse es un reflejo lógico, pero existen otros casos de prurito patológico que aparece en muchas dermatopatías como la DA, donde el rascado irrita aún más la piel, produciendo más prurito e iniciando un círculo vicioso de picor-rascado (42).

Para el paciente, la DA es un factor estresante crónico que no sólo implica molestias e inconvenientes físicos, sino también consecuencias psicológicas trascendentales en el paciente: en su vida personal, social y en su actividad cotidiana, ya que la piel es un órgano estético y cualquier disrupción en la misma provoca reacciones en las demás personas, como miradas, preguntas, comentarios e incluso rechazo social, que se suman a otros factores estresantes en la vida del paciente (42). Además, la evolución crónica de la enfermedad, no solo influye en la calidad de vida del paciente, sino que también puede llegar a afectar a la familia, lo que aumenta el nivel de ansiedad en el individuo y exacerba más la enfermedad (42; 43). En estudios realizados en pacientes con diagnóstico de DA, que evalúan la calidad de vida mediante cuestionarios, demuestran deterioro de la misma, que incluso puede ser más grave en comparación con pacientes con diagnóstico de cáncer, es por eso la importancia de complementar el tratamiento farmacológico con terapia cognitiva-conductual (42).

CALIDAD DE VIDA

Especialmente cuando se trata de enfermedades de tipo crónico, el concepto de calidad de vida es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario. Es en la década del 50

cuando se conceptualiza la calidad de vida, y con el paso del tiempo se ha vuelto parte de estudio en diversos campos del conocimiento, no únicamente en medicina. Es más, con el paso del tiempo el concepto de calidad de vida ha ido cambiando en su consistencia, inicialmente se refería al cuidado de la salud personal, posteriormente a la preocupación por la salud e higiene públicas, luego se extendió incluyéndose en materia de derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la observancia al acceso de los servicios básicos y bienestar económico, y por último se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (44). El concepto incluye términos afines, como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados cuando aparece una enfermedad crónica por la que el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias, el progresivo y permanente acortamiento de las propias posibilidades, el daño a su autoconcepto y sentido de la vida y la aparición de estados depresivos (44).

En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias como por su carácter permanente, que obliga a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar y que implica reajustes psicológicos de gran impacto (44). Se ha evidenciado la importante afectación que las enfermedades cutáneas de tipo crónica y recidivante ocasionan a la calidad de vida de los pacientes debido a sus secuelas psicosociales, incluso sin que la severidad de la patología repercuta tanto en esto.

“A partir de la década de los 80 el concepto de calidad de vida, y más específicamente

el de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (Health-Related-Quality-Of-Life), se introduce definitivamente como variable fundamental en la práctica e investigación clínica“ (45). Al medir la calidad de vida relacionada con la salud, se valora la carga de la enfermedad, y los resultados de los tratamientos médicos. “Esta se define como la percepción subjetiva del impacto del estado de salud, incluidos la enfermedad y el tratamiento, sobre el funcionamiento físico, psicológico y social y el bienestar del paciente. La calidad de vida relacionada con la salud también es una medida de la capacidad de la persona para funcionar en la sociedad” (46).

Además, la calidad de vida relacionada con la salud se refiere a dominios físicos, funcionales, psicológicos y sociales de la salud que están influidos por las creencias, expectativas y percepciones de la persona. Cada uno de estos dominios puede evaluarse en dos dimensiones: evaluación objetiva del estado de salud y la percepción subjetiva de la salud. Aunque la dimensión objetiva es importante para definir el estado de salud del paciente, las percepciones subjetivas del mismo determinan la calidad de vida experimentada (47). Es por ello que en los últimos tiempos, se ha invertido esfuerzo para poder medir dicha afectación en este tipo de pacientes, y se ha ideado varios instrumentos, muchos de los cuales siguen en constante evaluación y prueba. “Existen múltiples instrumentos para la medición de la calidad de vida y se clasifican en genéricos y específicos, los primeros se emplean para comparar diferentes poblaciones y padecimientos mientras que los específicos se basan en los caracteres específicos de un determinado padecimiento“ (48)

“En general, las enfermedades crónicas suelen dañar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Rodríguez-Marín, 1995) desde la fase inicial aguda, en la que sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon y Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida cambios permanentes en su actividad física, laboral y social, condición que suele durar toda la vida (Latorre y Beneit, 1994)” (44).

Por las características de la DA y la afectación en la calidad de vida que conlleva, se la ha llegado a considerar como un problema de salud pública (49). Esta enfermedad tiene implicaciones en la calidad de vida porque afecta al trabajo, al sueño y a las relaciones sociales, ya que puede involucrarse sentimientos dolorosos de incomodidad social y estigmatización de la imagen corporal, que se puede acompañar con miedo a ser rechazados en su círculo social. “La mayor parte de los atópicos responden bien al tratamiento; sin embargo, hay un grupo que evoluciona tórpidamente con manifestaciones clínicas severas causando disturbios a nivel personal, familiar y social” (31). “Los pacientes con dermatitis atópica experimentan sufrimiento y ansiedad, que reducen su bienestar psicológico y su capacidad funcional y la naturaleza prolongada de esta enfermedad puede producir deterioros físicos, sociales y psicológicos” (50). “Así, por ejemplo, algunos autores llegan a considerar que los trastornos psicológicos y sociales que experimentan los pacientes de dermatitis atópica son comparables a los que afrontan los pacientes con diabetes tipo 2 y los pacientes con hipertensión” (47).

Las enfermedades dermatológicas afectan distintos escenarios de la vida diaria, como el ámbito académico, el laboral, las decisiones económicas e incluso en el correcto desenvolvimiento de las relaciones informales en las redes sociales del sujeto; puede en última instancia inclusive implicar alteraciones en los aspectos básicos de autopercepción, como en la autoestima y autoconcepto de la persona. Al parecer cada esfera de medición de la calidad de vida sin embargo, recibe un grado de afectación diferente. “La falta de consistencia en los resultados puede deberse a que se han utilizado diferentes conceptualizaciones y medidas de la calidad de vida. Es posible que al entenderla unos en términos de su relación con la salud y otros en términos de bienestar y satisfacción con la vida se haya producido una confusión mas conceptual que empírica“ (47).

INSTRUMENTOS

Con el objetivo de evaluar tanto la ansiedad como la calidad de vida, se han diseñado muchos instrumentos de uso profesional, como encuestas con puntuación. Estas escalas de evaluación, son herramientas que apoyan y refuerzan de manera objetiva el diagnóstico de estos problemas, sin embargo ninguna de estas escalas sustituye la historia clínica completa.

A continuación se describirán las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad de Hamilton, que evalúa el nivel de ansiedad de la persona, y del Cuestionario Índice de la Calidad de Vida para Dermatitis Atópica (QoLIAD).

Para la evaluación de ansiedad, la Escala de Ansiedad de Hamilton, es una de las escalas de uso fácil y frecuente por su fiabilidad y que no requiere entrenamiento para su aplicación e interpretación. Esta escala mide la intensidad de la sintomatología ansiosa en su cuestionario de 14 ítems, con una sensibilidad y especificidad en promedio de 80%; con un valor de consistencia interna (coeficiente alfa) alto de 0,92 y un valor de confiabilidad de test-retest de 0,96 (51).

La calidad de vida relacionada a la salud es un aspecto que cada vez se incorpora con más frecuencia a la investigación y a la práctica clínica. Así, para evaluar la calidad de vida en pacientes con DA se utiliza el QoLIAD, que mide en 25 ítems, el impacto y las limitaciones que la enfermedad causa en el individuo, desde su propia perspectiva. Dentro de los parámetros psicométricos, el valor de coeficiente alfa es 0,90 y el valor de confiabilidad de test-retest es 0,88 (52).

CAPÍTULO III.

MATERIALES Y MÉTODOS

Planteamiento del problema de investigación:

¿Es la presencia de ansiedad un factor determinante en la variabilidad de la calidad de vida en los pacientes adultos con Dermatitis Atópica, en la ciudad de Quito, para Noviembre del año 2011?

Hipótesis:

La presencia de ansiedad deteriora la calidad de vida en las personas adultas que padecen de Dermatitis Atópica.

Objetivos:

Objetivo General:

- Establecer la influencia del estado de ansiedad en el nivel de calidad de vida en los pacientes adultos que padecen de Dermatitis Atópica, en la ciudad de Quito, para Noviembre del 2011.

Objetivos Específicos:

- Determinar la percepción que tienen los pacientes con DA sobre su calidad de vida relacionada con la salud.
- Identificar los aspectos dentro de la ansiedad, que más se ven afectados en pacientes con DA.
- Identificar los aspectos dentro de la calidad de vida, que más se ven afectados en pacientes con DA.
- Determinar la relación entre los factores socio – demográficos con la presencia de ansiedad, y el nivel de la calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes con DA.

Tipo de estudio:

Es un estudio de carácter observacional no experimental, de tipo analítico de corte, de secuencia transversal.

Muestra:

Es una muestra de los pacientes adultos de 18 a 65 años de edad, con dermatitis atópica sin patologías sobreañadidas, del CEPI durante el mes de Noviembre del año 2011, de carácter no representativa, un muestreo no probabilístico, seleccionada de forma intencionada mediante criterios a cumplir.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes diagnosticados desde hace mínimo 1 año, de DA en el Centro de la Piel.
- Edad comprendida entre los 18 años hasta los 65 años.
- Pacientes que expresaron su voluntad y aceptación de formar parte del estudio, luego de haber sido informados del carácter del mismo.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes diagnosticados con patologías crónicas sobreañadidas (por ejemplo: diabetes mellitus, hipotiroidismo, hipertensión arterial, cáncer, etc), u otros tipos de dermatosis asociadas (por ejemplo: psoriasis, vitíligo, dermatitis alérgica de contacto, etc).
- Pacientes previamente diagnosticados con otros trastornos psiquiátricos cumpliendo los criterios del DSM-IV (por ejemplo: esquizofrenia, depresión mayor, trastornos maníacos, delirium, etc).
- Pacientes que luego de haber sido informados todo lo concerniente al estudio, no desearon formar parte del mismo.

Tamaño de la Muestra:

El tamaño del universo estudiado se obtuvo mediante el calculador estadístico “CALCULEK“, empleando la fórmula para proporciones, con una significancia del

95% (error alfa = 5%, $z = 1,96$), una potencia del 80% (error beta = 20%, $z = 0,84$), Con un proporción esperada en el grupo control de tener mala calidad de vida sin ansiedad del 40% y en el grupo de estudio con ansiedad, se calculó la muestra con una proporción esperada del 70%. Lo que dio como resultado un universo de 88 pacientes con diagnóstico de Dermatitis Atópica, dividido en dos grupos iguales de 44 pacientes, el uno de casos de pacientes con DA y ansiedad, y el otro grupo control de pacientes con DA sin ansiedad.

Procedimientos de recolección de información:

Instrumentos y Método de Diagnóstico:

El investigador facilitó a los pacientes las herramientas necesarias para recolectar la información, de forma presencial; y contaron con el asesoramiento del investigador en caso de dificultad en la comprensión de las preguntas. En primera instancia se les entregó una hoja introductoria, que presenta a la persona encargada en la elaboración de la investigación y a la institución de salud mediante la cual se logró contactar a los sujetos en estudio, selección que se les informa ha sido al azar. Además explica los cuestionarios a utilizar y su funcionalidad, la finalidad del estudio, y los objetivos a conseguir una vez finalizado; garantizando el absoluto anonimato de las personas que participen en el mismo (**Anexo I**).

Los pacientes recibieron un cuestionario para el registro de su situación socio - demográfica básica (edad, sexo, estado civil, ocupación y nivel de instrucción) y

algunos datos clínicos generales para conocer el estado de la enfermedad (tiempo de evolución y gravedad de la enfermedad), cuestionario realizado por el propio investigador (**Anexo II**). Posteriormente se recurrió al empleo de cuestionarios ya previamente elaborados y reconocidos ampliamente por su alta especificidad y sensibilidad, que se detallan a continuación.

- Primero se utilizó la Escala de Hamilton (**Anexo III**), para determinar la presencia de ansiedad sintomática en el grupo de estudio, es una escala auto-aplicada que consta de 14 ítems, que evalúan los aspectos físicos, psíquicos y conductuales de la ansiedad. Los puntos de corte sobre un total de 56 puntos son:
 - Sin Ansiedad = 0 a 17 puntos.
 - Ansiedad = mayor o igual a 18 puntos.

- Posteriormente se usó la versión española del Cuestionario Índice de la Calidad de Vida para Dermatitis Atópica (QoLIAD) (**Anexo IV**), para determinar el nivel de la calidad de vida relacionada con la salud sobre un total de 25 puntos, es un test auto-aplicado, y su escala de evaluación es:
 - Buena Calidad de Vida = 0 a 10 puntos.
 - Mala Calidad de Vida = mayor a igual a 11 puntos.

Operacionalización de Variables de Estudio:

VARIABLES	CATEGORÍA / ESCALA	INDICADOR
VARIABLE INDEPENDIENTE		
Ansiedad	Proporción Ausente Presente	<u>Escala de Ansiedad de Hamilton</u> Menor o igual a 17 puntos Mayor o igual a 18 puntos
VARIABLE DEPENDIENTE		
Calidad de Vida	Proporción Buena Mala	<u>Cuestionario de Calidad de Vida en Dermatitis Atópica</u> Menor o igual a 10 Mayor o igual a 11
VARIABLES PERTURBADORAS		
Edad	# años cumplidos	Promedio
Sexo	Proporción	Masculino Femenino # hombre/total % # mujer/total % Razón hombre/mujer
Nivel de Instrucción	Proporción	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Ocupación	Proporción	Nominal
Estado Civil	Proporción	Soltero/a Unión Libre Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Tiempo de Evolución	# años de enfermedad Crisis Aguda Menor a 10 años Más de 1 década Más de 2 décadas Más de 4 décadas	0-2 años 2-10 años 10-20 años 20-40 años 40-65 años
Nivel de Gravedad Actual de la Dermatitis Atópica	Proporción	Leve Moderada Severa

Plan de análisis de datos:

Se realizó un análisis multivariado con la información recabada, la que se tabuló y procesó en el programa informático de estadística médica Epi Info, versión 2007. En este se calculó las medidas de asociación entre las dos variables categóricas (Ansiedad vs Calidad de Vida), mediante el cálculo del Odds Ratio (OR). Además se empleó el Chi Cuadrado como prueba para medir asociaciones.

Aspectos bioéticos:

Los sujetos que están involucrados en la investigación, fueron escogidos al azar de la base de datos del CEPI; se les informó del carácter voluntario y estos manifestaron su deseo de participar. Además se les garantizó el completo anonimato y discreción en la publicación del estudio, el cual tiene fines exclusivamente científicos. La elaboración del estudio no representa ningún riesgo en violar su integridad física ni emocional. No se ha encontrado otras situaciones dentro de este proceso, que puedan significar un problema bioético adicional.

CAPÍTULO IV.

RESULTADOS

En el presente estudio la muestra total fue de 88 pacientes diagnosticados con dermatitis atópica (divididos en 2 grupos de 44 sujetos, el grupo de estudio o casos que consistió en los sujetos que tenían ansiedad, y el de controles en las personas sin ansiedad), en el Centro de la Piel, durante el mes de Noviembre del año 2011, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

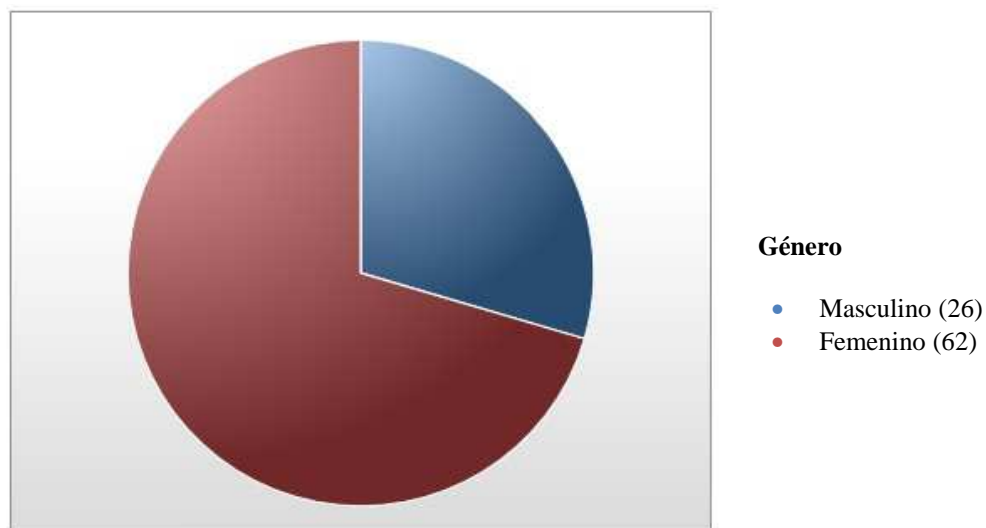
Análisis Descriptivo:

Características Demográficas:

El rango de edad de los pacientes fue de entre los 18 a 64 años, con un promedio de 32 años cumplidos, una mediana de 30,5 años, y una desviación estándar de $\pm 10,63$ años. El 44,32 % de los observados correspondía entre los 18 a 30 años de edad (adulto joven), el 54,55% comprendía edades entre los 31 y 60 años (adulto intermedio), y el 1,14% que significa 1 sola persona, era mayor a los 60 años.

La distribución según su género fue de 29,55% para el masculino, y 70,45% para el femenino. Se debe tomar en cuenta que las mujeres acuden más a hacerse atender a los servicios de salud, por lo que están sobre-representadas en el estudio (sesgo muestral) **(Gráfico No. 1).**

**Gráfico No 1. Distribución por Género en Pacientes con DA del CEPI,
Noviembre/2011**

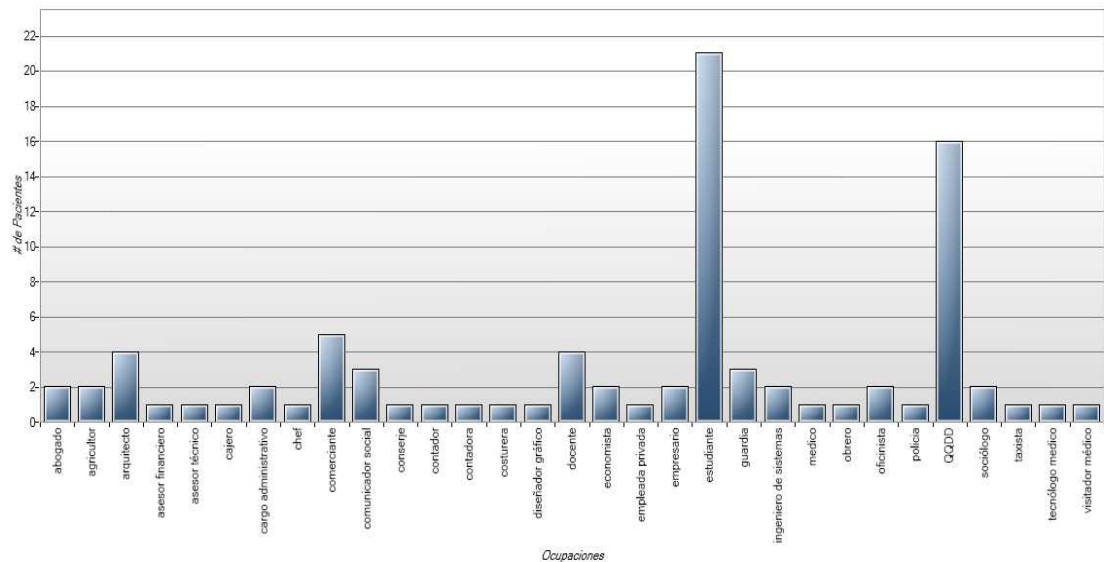


Dentro del grupo estudiado, existieron 31 ocupaciones diferentes, las 2 ocupaciones más comunes son las de estudiante con 21 personas, y 16 personas que se dedicaban a los quehaceres domésticos (QQDD) (**Gráfico No 2**).

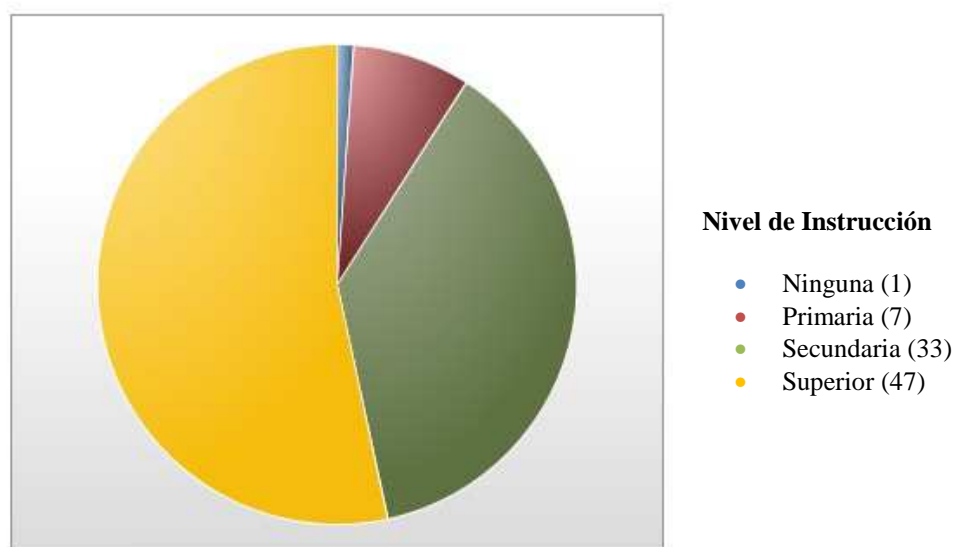
En cuanto al estado civil, el 47,73% eran solteros, el 1,14% estaba en situación de unión libre, el 46,59% se encontraba casado y el 4,55% estaba divorciado, ninguno de los pacientes en el estudio tenía estado civil correspondiente a viudez.

De todos los sujetos en estudio, solamente una persona no tenía ningún tipo de instrucción académica, 7 personas habían cursado la primaria, 33 la secundaria, y le gente que había conseguido un título académico superior eran 47 pacientes (**Gráfico No 3**).

**Gráfico No 2. Distribución de Ocupación en Pacientes con DA del CEPI,
Noviembre/2011**



**Gráfico No 3. Distribución de Instrucción en Pacientes con DA del CEPI,
Noviembre/2011**



Características Clínicas:

El tiempo de evolución clínico de la enfermedad osciló entre el 1 año cumplido, hasta los 56 años con los que una persona se ha mantenido con su patología; con un promedio de 14 años de evolución, con una mediana de 10 años, y una desviación estándar de $\pm 12,4$ años (**Gráfico No. 4 & Gráfico No 5**).

Gráfico No 4. Distribución del Tiempo de Evolución en Pacientes con DA del CEPI, Noviembre/2011

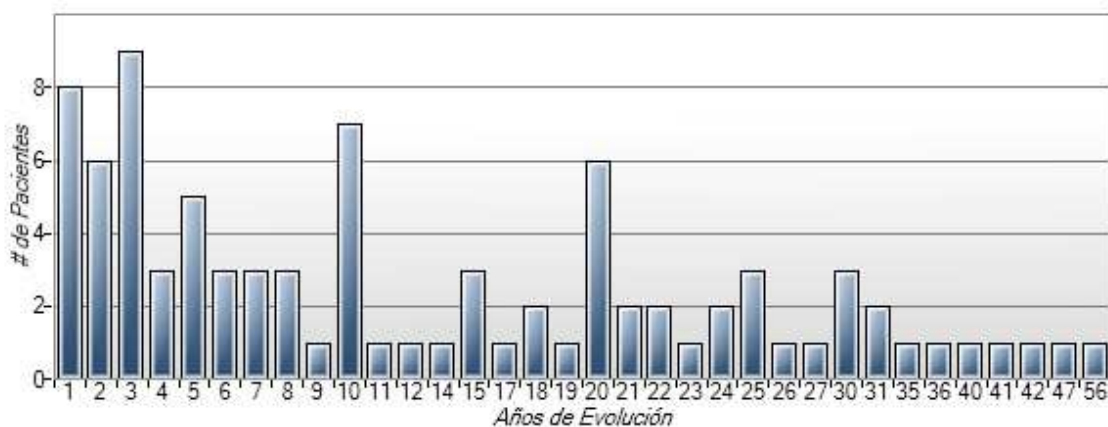
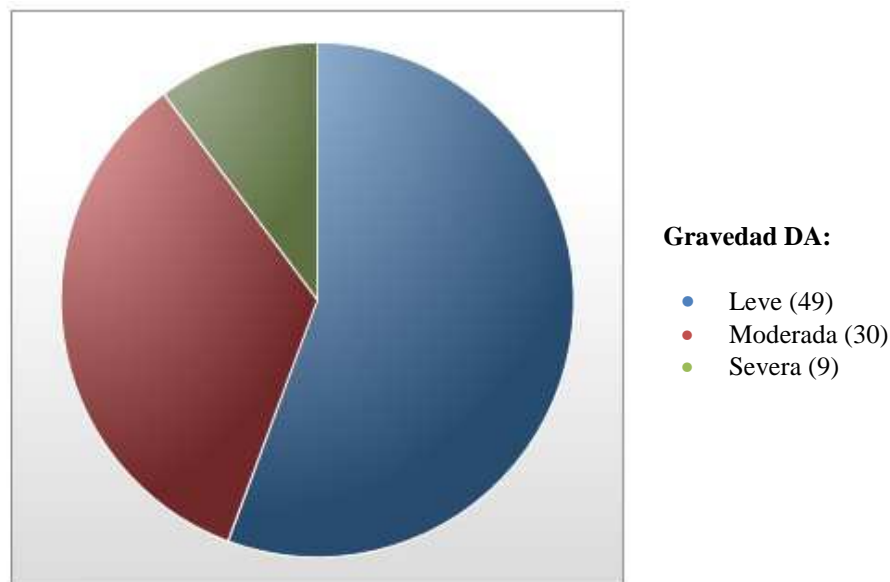


Gráfico No 5. Distribución del Tiempo de Evolución en Pacientes con DA del CEPI, Noviembre/2011



El nivel de gravedad clínico de la dermatitis atópica se midió de acorde a la propia percepción del paciente en el momento de llenar los cuestionarios; las personas que señalaron estar en un estado leve de su enfermedad fue del 55,68%, los pacientes que se percibieron a sí mismos con una dermatitis moderada fueron el 34,09%, y los pacientes que se sentían estar pasando por un momento de crisis o gravedad severa fue del 10,23% (**Gráfico No 6**).

Gráfico No 6. Distribución según Gravedad de DA en Pacientes del CEPI, Nov/2011

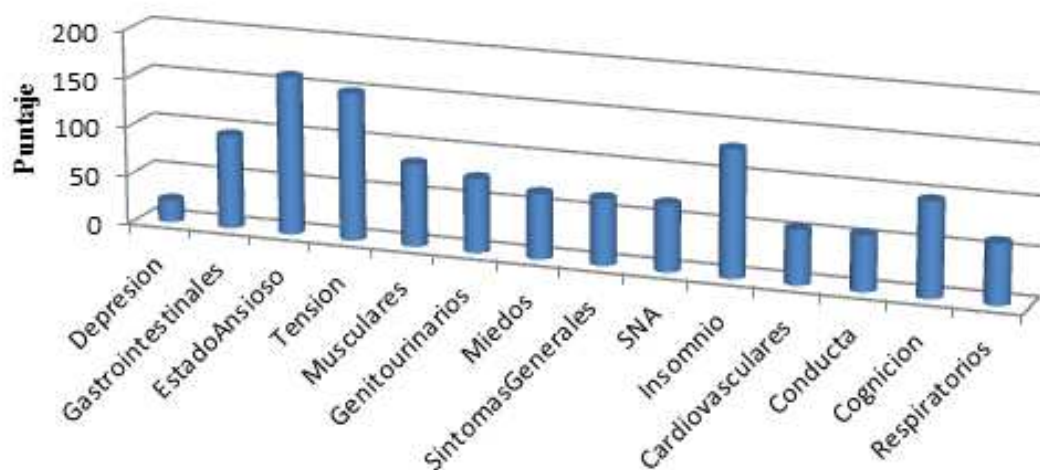


Ansiedad:

En la Escala de Ansiedad de Hamilton sobre los 48 puntos, el puntaje en el estudio va desde 1 punto hasta los 31 puntos como límite superior, con un promedio de 14,65 puntos. Dentro del grupo de 44 pacientes que no presentaban ansiedad, las puntuaciones van desde 1 a 17 puntos, con un promedio de 8,63. En cambio en los demás 44 sujetos, que si presentaron ansiedad al obtener el test de Hamilton positivo, el puntaje es de 18 a 31 puntos, con un promedio de 20,68.

Dentro de toda la sintomatología que evalúa y mide el Test de Hamilton, los síntomas que se dieron más en el estudio, de toda la muestra utilizada, fueron los síntomas correspondientes al estado ansioso general (162 puntos), las sensaciones de tensión (151 puntos) y el insomnio (130 puntos) (**Gráfico No 7**).

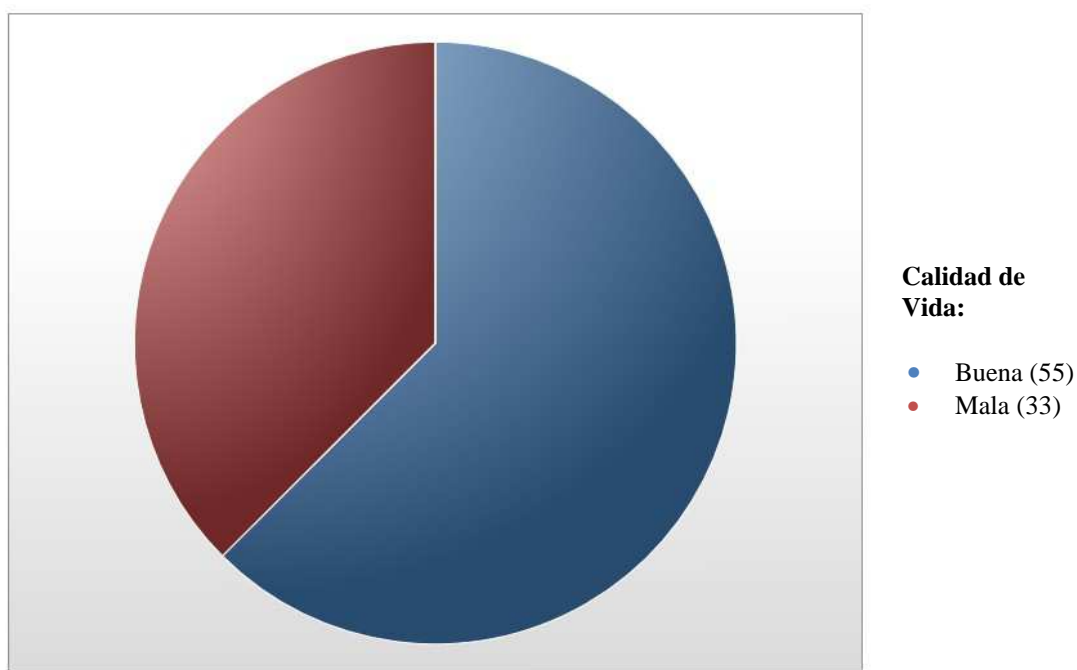
Gráfico No 7. Sintomatología según el Test de Ansiedad de Hamilton en Pacientes con DA del CEPI, Noviembre/2011



Calidad de Vida en Dermatitis Atópica:

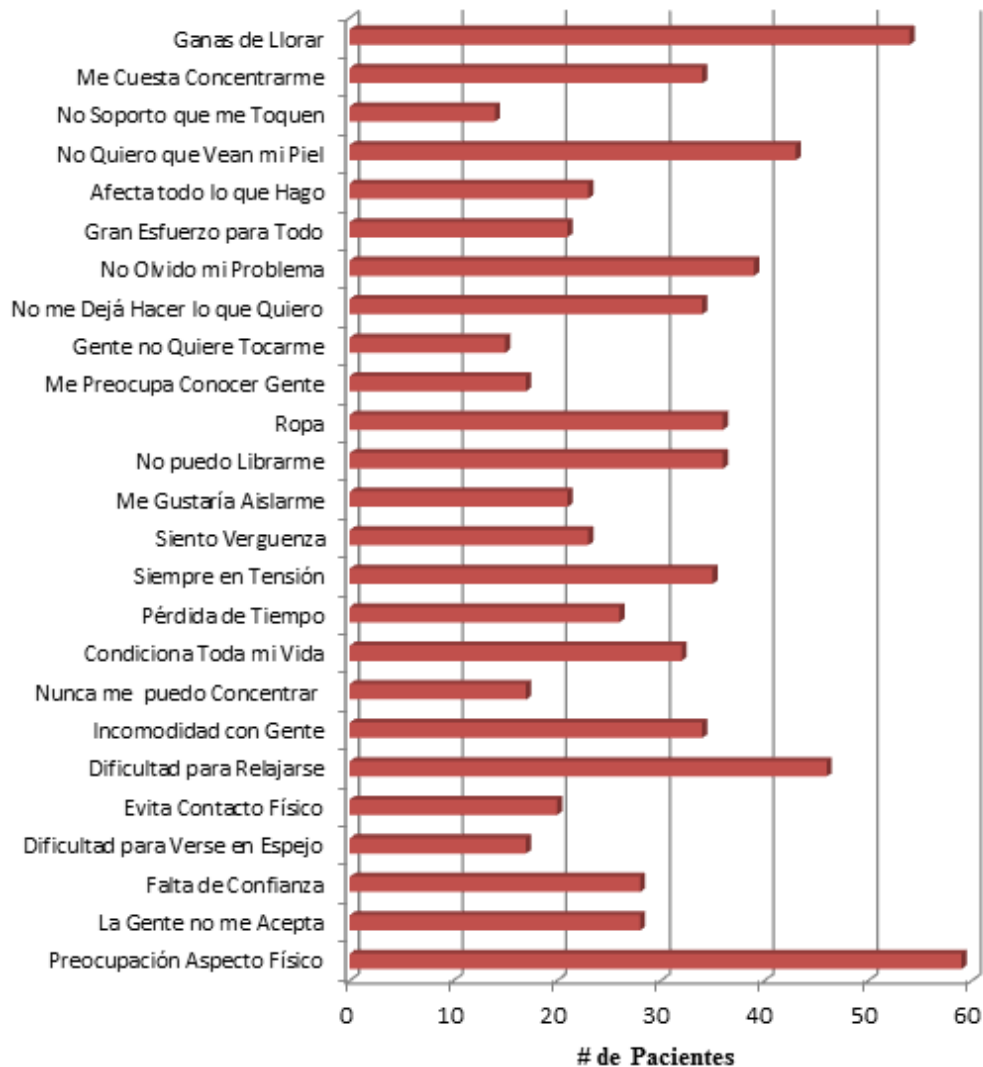
En cuanto a la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, medible mediante el Cuestionario para la Calidad de Vida para Dermatitis Atópica (QoLIAD), del universo total de 88 personas en el estudio, de un total posible de 25 puntos, las calificaciones oscilan entre 0 a 23 puntos como máximo. El 62,5% de los observados tiene una buena calidad de vida, mientras que el 37,5%, percibe su calidad de vida como mala (**Gráfico No 8**).

**Gráfico No 8. Distribución de Calidad de Vida en DA en Pacientes del CEPI,
Noviembre/2011**



De todos los aspectos que evalúa el Cuestionario para la Calidad de Vida para la Dermatitis Atópica en adultos, la esfera psicológica es la que más se ha visto afectada en el estudio, ya que 3 de los ítems, superan en más del 50% del total de observados como positivos. En primer lugar se encuentra la preocupación por su aspecto físico (67%), en segundo lugar las constantes ganas de llorar (61%), y por último la dificultad para relajarse (52%) (**Gráfico No. 9**).

**Gráfico No 9. Distribución de Ítems QoLIAD en Pacientes del CEPI,
Noviembre/2011**



Análisis Multivarial:

Variables Demográficas:

Para determinar si la edad influía para desarrollar mala calidad de vida, tanto en el grupo con ansiedad, como en el grupo sin ansiedad, se demostró mediante el cálculo de análisis de las varianzas (ANOVA), que la edad no es un factor que influye para tener mala calidad de vida, valor que no es estadísticamente significativo ($p > 0,005$) (**Tabla N° 2**).

**Tabla No 2. Análisis de Asociación entre Ansiedad & Calidad de Vida
Estratificado según Edad**

VARIABLES	CALIDAD DE VIDA		ANOVA (p)
	MALA PROMEDIO (DE)	BUENA PROMEDIO (DE)	
<u>EDAD</u>			
ANSIEDAD=SI	32,33 (11,38)	34,57 (12,17)	0,17 (0,83)
ANSIEDAD=NO	27,00 (7,93)	31,34 (9,80)	0,28 (0,75)
CONJUNTO	31,84 (11,12)	32,16 (10,43)	

Las mujeres que tienen ansiedad, poseen 22 veces mayor posibilidad de desarrollar una mala calidad de vida, con un fuerte nivel de asociación, siendo este resultado estadísticamente significativo ($p < 0,01$). En el caso de los hombres, no se puede establecer el “riesgo”, es decir cuántas veces más los hombres pueden presentar mala calidad de vida y ansiedad al mismo tiempo, pero si queda claro que en los hombres existe una asociación entre mala calidad de vida y ansiedad. Esto es por qué se trata de una serie de casos, no de una verdadera muestra de la población, y como ya se dijo, las mujeres están sobrerrepresentadas y los hombres subrepresentados (**Tabla N° 3**).

**Tabla No 3. Análisis de Asociación entre la Ansiedad & Calidad de Vida
Estratificada según Género**

VARIABLES	CALIDAD DE VIDA		OR (LI-LS)	CHI ² Yates	P
	MALA	BUENA			
<u>FEMENINO</u>					
ANSIEDAD					
- SI	22	9	22,81	21,71	< 0,01
- NO	3	28	(5,5-94,48)		
<u>MASCULINO</u>					
ANSIEDAD					
- SI	8	5	indefinido	4	< 0,01
- NO	0	13	(indefinido)	(Fisher)	
TOTAL	33	55			

El hecho de que exista personas con una ocupación definida, o que en el momento del estudio no tengan ocupación alguna, influye en ambos casos a que desarrollen una mala calidad de vida. Los que poseen una ocupación tienen 28 veces mayor posibilidad de desarrollarla, con un fuerte nivel de asociación (Corrección de Yates 22,79); de manera similar las personas que no tiene un empleo que en su gran mayoría son estudiantes, tienen una asociación de 38 veces mayor posibilidad de desarrollar una mala calidad de vida, pero su grado de asociación según la corrección de Yates es menor (7,77), ambos datos son estadísticamente significativos ($p < 0,01$). Es decir que el empleo y el nivel de instrucción, son factores que en este grupo de estudio, imprimen una diferencia (**Tabla N° 4**).

**Tabla No 4. Análisis de Asociación entre Ansiedad & Calidad de Vida
Estratificado según Ocupación**

VARIABLES	CALIDAD DE VIDA		OR (LI-LS)	CHI ² Yates	p
	MALA	BUENA			
<u>CON OCUPACIÓN</u>					
ANSIEDAD					
- SI	23	12	28,75	22.79	< 0,01
- NO	2	30	(5,84-141,33)		
<u>SIN OCUPACIÓN</u>					
ANSIEDAD					
- SI	7	2	38,50	7,77	< 0,01
- NO	1	11	(2,91-508,48)		
TOTAL	33	55			

En relación al estado civil, se tomó en cuenta si los observados tenían o no pareja, y se evidenció que las personas que tenían algún tipo de relación conyugal, tienen 41 veces más posibilidades de desarrollar una mala calidad de vida, frente a los solteros y divorciados que poseen 23 veces más, con un grado de asociación moderado según el Chi Cuadrado con la Corrección de Yates (15,28 y 14,82 respectivamente), ambos valores son estadísticamente significativos ($p < 0,01$) (**Tabla N° 5**).

**Tabla No 5. Análisis de Asociación entre Ansiedad & Calidad de Vida
Estratificado según Estado Civil**

VARIABLES	CALIDAD DE VIDA		OR (LI-LS)	CHI ² Yates	p
	MALA	BUENA			
<u>CON PAREJA</u>					
ANSIEDAD					
- SI	16	7	41,14	15,28	< 0,01
- NO	1	18	(4,55-371,64)		
<u>SIN PAREJA</u>					
ANSIEDAD					
- SI	14	7	23,00	14,82	< 0,01
- NO	2	23	(4,17-126,68)		
TOTAL	33	55			

A pesar de que dentro de la distribución general, los pacientes del estudio que tenían algún grado académico universitario corresponden a la gran mayoría (53,4%), debido a una muestra pequeña, no se registró a ningún paciente que tuviera mala calidad de vida y ansiedad al mismo tiempo, razón por la cual no se pudo determinar el grado de posibilidad de desarrollar mala calidad de vida, pero se evidenció que existe asociación. En cambio en la categoría de educación básica que incluye hasta el bachillerato, se pudo determinar que esta población tiene 18 veces más probabilidad de desarrollar mala calidad de vida, con un nivel de asociación moderado (Corrección de Yates 13,06), siendo estadísticamente significativo ($p < 0,01$) (**Tabla N° 6**).

**Tabla No 6. Análisis de Asociación entre Ansiedad & Calidad de Vida
Estratificado según Instrucción**

VARIABLES	CALIDAD DE VIDA		OR (LI-LS)	CHI ² Yates	p
	MALA	BUENA			
<u>EDUCACIÓN SUPERIOR</u>					
ANSIEDAD					
- SI	13	9	indefinido (indefinido)	17,57	< 0,01
- NO	0	25			
<u>EDUCACIÓN BÁSICA</u>					
ANSIEDAD					
- SI	17	5	18,13 (3,71–88,55)	13,06	< 0,01
- NO	3	16			
TOTAL	33	55			

Variables Clínicas:

No se encontró asociaciones entre la calidad de vida y la ansiedad, según el tiempo de evolución en años transcurridos, que los observados han padecido de dermatitis atópica ($p > 0,05$) (Tabla N° 7).

**Tabla No 7. Análisis de Asociación entre Ansiedad & Calidad de Vida
Estratificado según Tiempo de Evolución**

VARIABLES	CALIDAD DE VIDA		ANOVA (p)
	MALA PROMEDIO (DE)	BUENA PROMEDIO (DE)	
<u>TIEMPO DE EVOLUCIÓN</u>			
ANSIEDAD=SI	17,73 (13,45)	11,42 (13,28)	0,17 (0,83) 1,04 (0,35)
ANSIEDAD=NO	8,66 (8,32)	12,58 (11,20)	
CONJUNTO	16,90 (13,24)	12,29 (11,65)	

Se determinó que los pacientes que subjetivamente auto-evaluaron su condición clínica al momento de la recolección de los datos, y que se ubicaron dentro de gravedad leve a moderada, tiene 28 veces más posibilidades de desarrollar una mala calidad de vida, siendo esta una asociación fuerte (Corrección de Yates de 28,43), y estadísticamente significativa ($p < 0,01$). Pero debido a la escasa población que refirió estar padeciendo una condición severa de su enfermedad, no se pudo obtener el grado de posibilidad de tener mala calidad de vida sin ansiedad, pero se pudo conocer que existe asociación débil entre estas variables (**Tabla N° 8**).

**Tabla No 8. Análisis de Asociación entre Ansiedad & Calidad de Vida
Estratificado según Gravedad de la DA**

VARIABLES	CALIDAD DE VIDA		OR (LI-LS)	CHI ² Yates	p
	MALA	BUENA			
<u>GRAVEDAD SEVERA</u>					
ANSIEDAD					
- SI	6	2	indefinido (indefinido)	0,66 (Fisher)	0,16
- NO	0	1			
<u>GRAVEDAD LEVE A MODERADA</u>					
ANSIEDAD					
- SI	24	12	26,66 (6,83–104,17)	28,43	< 0,01
- NO	3	40			
TOTAL	33	55			

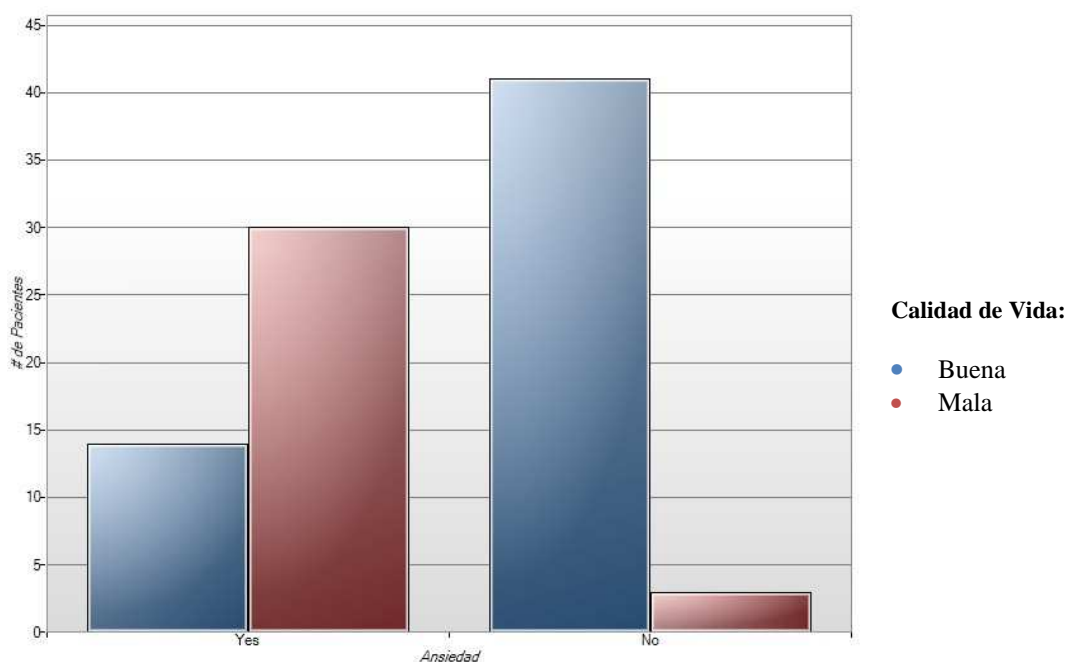
Relación entre Ansiedad & Calidad de Vida en Dermatitis Atópica:

Al realizar la tabla de contingencia 2x2, entre la ansiedad y la calidad de vida, se obtuvo un OR de 29, lo que significa que los pacientes con dermatitis atópica que padecen de ansiedad, tienen 29 veces más probabilidades de desarrollar una mala calidad de vida; resultado con una asociación alta (Corrección de Yates 32,77) y estadísticamente significativa ($p < 0,01$) (Tabla No 9 & Gráfico N° 10).

Tabla No 9. Análisis de Asociación entre Ansiedad & Calidad de Vida

VARIABLES	CALIDAD DE VIDA		OR (LI-LS)	CHI ² Yates	p
	MALA	BUENA			
ANSIEDAD					
- SI	30	14	29,28 (7,72-111,05)	32,77	< 0,01
- NO	3	41			

Gráfico No 10. Relación entre Ansiedad y Calidad de Vida en Pacientes con DA del CEPI, Noviembre/2011



CAPÍTULO V.

DISCUSIÓN

La relación entre mente y cuerpo, y más específicamente entre los trastornos ansiosos y ciertas dermatosis, parece existir, como lo indica la literatura científica. En un estudio observacional, que implicó a 100 trabajadores, se demostró la existencia de una tendencia estadísticamente significativa, entre la presencia de agentes estresores y la afectación de la salud dermatológica (Rodriguez R, et al; 2002) (53). La complejidad radica en determinar la direccionalidad de la causalidad para que estas condiciones se den, si la presencia de los trastornos de ansiedad son capaces de agravar las condiciones de una enfermedad cutánea, o si la enfermedad en sí es la responsable de provocar desbalances a nivel psiquiátrico en los pacientes. Como lo indica un estudio de tipo cuasi-experimental de corte transversal, que compara entre población alérgica y sana, con un universo de 228 sujetos, evidenciándose un aumento positivo en trastornos de ansiedad, personalidad y esencialmente en ansiedad de tipo social (Buela-Casal G, et al; 2002) (54). Entre estas dos postulaciones, se debe considerar adicionalmente que existe otros factores capaces de influenciar en ambos padecimientos, lo que complica objetivar que la naturaleza de la asociación sea pura.

La dermatitis atópica al ser una enfermedad crónica, que se caracteriza de episodios críticos y recurrentes, con una gran gama de lesiones cutáneas distribuidas en gran parte de las áreas corporales expuestas a la vista de la sociedad, produce que los que la padecen puedan desarrollar una imagen deteriorada de su persona, y provocar en ellas

un constante intento de mejorar su apariencia, para tener un mejor desenvolvimiento en la vida diaria y una adecuada interrelación con las demás personas; lo que en conjunto puede significar un factor estresante. Al no conseguir los resultados esperados, esta constancia puede ocasionar en la persona, que su funcionalidad social no se desenvuelva correctamente, lo que podría ocasionar que la persona opte por aislarse o evitar situaciones donde tenga que interaccionar con los demás, una característica de la ansiedad de tipo social. La permanente sensación estresante por alcanzar los objetivos impuestos, pudiera incluso empeorar el estado clínico de la enfermedad, al aumentar el nivel de intensidad del prurito. Existen varios estudios que indican incluso la relación del desarrollo de ideación suicida con dermatosis de características crónicas (55; 56; 57).

En este estudio se concluyó que en los pacientes con dermatitis atópica existe una asociación con los que padecen de ansiedad, para desarrollar una mala calidad de vida, siendo estadísticamente significativo. Pero aún queda por determinar de una manera más específica cuál es la dirección de la causalidad para estas dos variables, ya que al tratarse este de un estudio donde la muestra fue recogida de manera transversal, tomando en cuenta únicamente el estado de ansiedad y la calidad de vida al momento de llenar los cuestionarios, no se ha podido determinar cuál de los dos desbalances precedió al otro. A continuación se presenta una tabla que compara diversos estudios obtenidos que poseen un tema similar al tratado aquí, con el estudio fruto de esta investigación (**Tabla N° 10**).

Tabla No 10. Comparación Estudios

AUTORES	AÑO	OBJETIVO	UNIVERSO	TIPO DE ESTUDIO	TESTS	ASOCIACIÓN (significancia)
Contreras M (58)	2008	Describir la incidencia de depresión, ansiedad y CV en pacientes diagnosticados con prurito	10	Descriptivo de corte transversal	Inventario de Depresión de Beck (BDI) Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo (STAI) Dermatology Life Quality Index (DLQI)	NO corresponde
Antuña S, et al (59)	2000	Describir el perfil psicológico y la CV de pacientes con enfermedades dermatológicas	202	Descriptivo de corte transversal	Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-A) STAI Skindex Zung Depression Inventory	NO corresponde
Zhakariae R, et al (60)	2004	Determinar la relación de síntomas psicológicos con CV en pacientes dermatológicos y controles sanos	333	Analítico de casos y controles	BDI Brief Symptom Inventory (BSI) DLQI	SI (p < 0,05)
El-Mongy S, et al (61)	2006	Analizar el impacto de DA en CV, e investigar la relación entre severidad de la DA, nivel de ansiedad y CV	205	Analítico de casos y controles	DLQI Anxiety Index	SI (p < 0,01)
Valencia M	2012	Establecer la influencia de la ansiedad en la CV de pacientes con DA	88	Analítico de Cohorte	Escala de Ansiedad de Hamilton Índice de la CV para DA (QoLIAD)	SI (p < 0,01)

Es relevante considerar que la gran variedad de lesiones cutáneas que se presentan en la condición atópica, pudiera ser un factor negativo al momento del diagnóstico diferencial, ya que esta puede confundirse con otro tipo de dermatosis con diferente etiopatogenia, lo que implicaría un sesgo en la selección de la muestra. Un estudio de similares características a este, se realizó en el 2008, para pacientes con psoriasis vulgar, en la ciudad de Medellín, encontrando relación entre la calidad de vida con la ansiedad-depresión y el apoyo social en estos pacientes (Vinaccia S, et al) (62). Exceptuando esta consideración, al no encontrar en el estudio ningún tipo de asociación con respecto al tiempo que los observados han transcurrido con su enfermedad, es probable que esto se deba a que existen personas que se mantienen en un mismo estado clínico de manera prolongada, o que las crisis no tienen tanta recurrencia como ocurre en edades tempranas. Además el hecho de que la gravedad del estado clínico de la alergia en el momento del registro haya sido opcionada de forma subjetiva según el sentir del paciente, podría ser causante de un sesgo al no acercarse a una realidad medible. Se debe tener en cuenta, que la severidad máxima de la patología no necesariamente excluye que una intensidad leve no ocasione afectación en la calidad de vida, eso lo demostró Hernández-Fernaud Estefanía y col. en el año 2008, al estudiar el impacto de las enfermedades dermatológicas de baja expresión en el nivel de la calidad de vida, encontrando un vínculo estadísticamente significativo (63).

La dermatitis atópica es una de las consultas que se da con mayor frecuencia dentro de la actividad de los dermatólogos, incidencia que es mayor durante la infancia y en la etapa de la adolescencia; existe un gran porcentaje que remiten o mejoran su condición en la adultez. Debido a esto, y en cuestión al tipo de estudio que se eligió para realizar

la investigación, de Corte, y a una selección con ciertos criterios de inclusión a cumplir, fue que no se pudo obtener una muestra lo suficientemente amplia para demostrar las demás asociaciones que pudieran relacionarse entre las posibles variables perturbadoras, en relación a la variable dependiente de calidad de vida; como la edad, el género, el nivel de instrucción, y el tiempo de evolución.

Además se debe considerar que la presencia de ansiedad, no necesariamente puede deberse a su condición médica, el estado ansioso se puede derivar de varias condicionantes que el paciente esta soportando o ha soportado, más allá de la patología de base que pudiera tener, y también de su capacidad de resistir los agentes estresores, para no desarrollar un trastorno de ansiedad definitivo. Las variables perturbadoras en este sentido son muchas, de las cuales no todas son medibles o pudieron ser consideradas durante el estudio, como el ambiente laboral o familiar por ejemplo, su carga laboral o un exceso de responsabilidades y metas a cumplir en la vida cotidiana, o incluso su nivel socio-económico, etc. Lo que podría explicar porque hay mayor asociación en las personas que viven una vida conyugal, con las que no, es posible que la constante interacción interpersonal y el aumento de expectativas con la o las persona convivientes, sea un factor de influencia. Del mismo modo que es posible que el empeoramiento de las condiciones de vida se vean influenciadas por otro tipo de trastornos en la esfera psicosocial, además de la ansiedad. En este sentido, en el “Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua” de la ciudad de México DF, realizó un estudio considerando los factores de personalidad y los sucesos de vida recientes, demostrando que existe una correlación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) de estos factores con la afectación en el tratamiento de la dermatitis atópica (64).

El instrumento con el cuál se midió la calidad de vida en dermatitis atópica es relativamente nuevo, y fue desarrollado inicialmente para población angloparlante. Posteriormente se realizó su traducción y validación al idioma castellano, esta validación fue la que se empleó para la realización del estudio, pero se debe considerar que este castellano fue pensado más para los emplearse en España, y no necesariamente para al idioma español que se utiliza en la población latinoamericana, factor que puede influir a que las personas que participaron en este estudio no tengan un entendimiento cabal de la redacción de las preguntas (en especial las personas que no poseían ningún tipo de instrucción académica), lo que pudiera interferir en la opción de respuesta que el observado escogió en cada ítem. Es necesario realizar una adaptación transcultural del test, tal como se lo hizo con el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index o DLQI), donde un equipo multidisciplinario lo sometió a una evaluación de equivalencia semántica, a una prueba piloto de comprensión, factibilidad, lenguaje común y adecuación cultural (65).

Este estudio puede ayudar a los especialistas que ven en su labor diaria una gran población de pacientes con dermatitis atópica, a valorar el estado emocional dentro de las pautas diagnósticas y considerarlas como un factor pronóstico de su posible evolución, si su condición no es tratada de manera concatenada con la enfermedad. Brindará argumentos para justificar una asistencia integral y multidisciplinaria al paciente, y entender que este tipo de dermatitis implican afectaciones en muchas esferas de la vida diaria, más allá del estado de la piel, tal como lo indica la definición de salud de la OMS.

Conclusiones

- Hay 29 veces más probabilidades de tener una mala calidad de vida relacionada con la salud, en los pacientes con dermatitis atópica que padecen de ansiedad sintomatológica, en relación con los pacientes que no tienen ansiedad. En el grupo estudiado se comprueba la existencia de esta relación.
- El hecho de ser mujer, aumenta las probabilidades de una mala calidad de vida, en 22 veces; pero en la muestra obtenida existe una sobrerrepresentación en cuanto al género femenino, por lo que este dato no correspondería a la realidad dentro de la población.
- Existe 41 veces más posibilidad de tener mala calidad de vida en las personas que tienen una pareja sentimental, en relación con los que no la tienen, lo cual aumenta este riesgo en 23 veces.

Recomendaciones

- Se debe acotar que con lo que respecta a las ocupaciones que realizaban los implicados en el estudio, hubo una distribución muy amplia y una gran diversidad de ocupaciones, siendo 2 las mayoritarias, la de estudiante que se lo consideró como una persona sin empleo, y el de las labores del hogar, que fueron consideradas como personas con trabajo, viendo asociación en ambas. Faltaría poder especificar y disgregar, la afectación y su diferencia entre las ocupaciones que involucran un gran desgaste intelectual y las que requieren un gran esfuerzo físico.

- Para mejorar la medición del estado clínico de la enfermedad, y que este se acerque más a la realidad, es recomendable que sea registrada utilizando alguna escala o cuestionario probado estadísticamente por su eficacia y especificidad, para determinar mediante parámetros previamente establecidos esta variable, que pudiera implicar una perturbación al efecto de la calidad de vida y a la presencia de ansiedad.

- La necesidad de comparar y utilizar instrumentos que hayan superado expectativas estadísticas necesarias para aceptar su fiabilidad, y que sean elaborados específicamente para las características de la población que se va a involucrar en la investigación, como el idioma y su redacción, para mejor su entendimiento.

- La necesidad de realizar un estudio donde se involucre un universo mucho mayor al de este estudio, que permita determinar las asociaciones de manera más explícita, además de especificar con más rigurosidad los criterios de inclusión de la selección muestral, puede dar resultados más confiables, sobre el tipo de asociaciones que se han considerado.

- Se recomienda como siguiente paso realizar un estudio tipo experimental, donde se intervenga en una de las variables, ya sea mediante tratamiento o medidas preventivas para evitar la ansiedad, y segregar los grupos para medir su calidad de vida por ejemplo, o considerar otros trastornos de tipo afectivo, como la depresión, para evaluar la diferencia de su impacto sobre la vida de los atópicos, y cuál de los trastornos psiquiátricos posee mayor influencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cañizares D; Ríos C. "Incidencia y Factores Asociados de Dermatitis Atópica en Niños y Niñas de 5 Guarderías Ubicadas en el Sector de Cumbaya, en Septiembre de 2007". Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Abril, 2008; pg. 4.
2. Williams HC. "Epidemiology of Atopic Dermatitis". *Clin Dermatol*. 2000; 25: 522-529.
3. Cañarte C; Cabrera F; Palacios S. "Epidemiología de la Dermatitis Atópica en el Distrito Metropolitano de Quito". *Revista de Dermatología*. 2004; 12 (2): pg. 6-9.
4. Buestán A. "Prevalencia de Dermatitis Atópica en Niños que Acuden a una Guardería de la Ciudad de Quito". *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas - UCE*. Mayo - Agosto, 2006; Volumen 31, Número 1 y 2: pg. 37-39.
5. Freiberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith L, Katz SI, et al. "Fitzpatrick's Dermatology in general medicine". 6th ed. New York: McGraw Hill; 2003, v. 1. p.1464.
6. Kiebert G; Sorensen SV; Revicki D; Fagan SC; Doyle JJ; Cohen J; Fivenson D. "Atopic Dermatitis is Associated with a Decrement in Health-Related Quality of Life". *International Journal of Dermatology*, 2002; 41: pg. 151-158.
7. Calvin O. McCall, Thomas J. Lawley. "Eccema, psoriasis, infecciones cutáneas, acné y otros trastornos cutáneos frecuentes" (Capítulo # 53). En: Harrison. *Principios de Medicina Interna* (18 Edición, Volumen I). Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A. México D.F. - México, 2008, pg. 313.
8. Calvin O. McCall, Thomas J. Lawley. "Eccema, psoriasis, infecciones cutáneas, acné y otros trastornos cutáneos frecuentes" (Capítulo # 53). En: Harrison. *Principios de Medicina Interna* (18 Edición, Volumen I). Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A. México D.F. - México, 2008, pg. 312.
9. Hanifin JM; Rajka G. "Diagnostic features of atopic dermatitis". *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1980;92:44-47.
10. Brenninkmeijer EE; Schram ME; Leeftang MM; Bos JD; Spuls PI. "Diagnostic criteria for atopic dermatitis: a systematic review". *Br J Dermatol*. 2008 Apr;158(4):754-65. Epub 2008 Jan 30.
11. Fonseca E. "Dermatitis Atópica - Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica". Primera Edición. España. 2002; pp:129-34.
12. Moreno JC. "Dermatitis Atópica". *Alergol Inmunol Clin* 2000;15:279-295.
13. Cañizares D; Ríos C. "Incidencia y Factores Asociados de Dermatitis Atópica en Niños y Niñas de 5 Guarderías Ubicadas en el Sector de Cumbaya, en Septiembre de 2007". Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Abril, 2008; pg. 3.
14. Carnero Gomez, R. "Calidad de Vida en Pacientes Pediátricos con Dermatitis Atópica Tratados con Elidel (Pimecrolimus)". *Revista Española de Economía en Salud*. 2005; 4(3): pg. 163.
15. Buestán A. "Prevalencia de Dermatitis Atópica en Niños que Acuden a una Guardería de la Ciudad de Quito". *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas - UCE*. Mayo - Agosto, 2006; Volumen 31, Número 1 y 2: pg. 37-39.
16. Saeki H; Furue M; Furukawa F; Hide M; Ohtsuki M; Katayama I; Sasaki R; Suto H; Takehara K; and Committee for Guidelines for the Management of Atopic Dermatitis of Japanese Dermatological Association. "Guidelines for management of atopic dermatitis". *The Journal of Dermatology*, 2009; 36: 563-577.
17. Demyttenaere K; Bruffaerts R; Posada-Villa J; Gasquet I; Kovess V; Lepine JP; et al. "Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys". *JAMA*. 2004 Jun 2;291(21):2581-90.
18. Vanin J; Helsley J. "Anxiety Disorders - A pocket guide for primary care" Humana Press - New Jersey 2008. pp 1- 128.
19. Alexander JL; Dennerstein L; Kotz K; Richardson G. "Women, anxiety and mood: a review of nomenclature, comorbidity and epidemiology". *Expert Rev Neurother*. 2007 Nov;7(11 Suppl):S45-58.
20. Onrust SA; Cuijpers P. "Mood and anxiety disorders in widowhood: a systematic review". *Aging Ment Health*. 2006 Jul;10(4):327-34.
21. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed, text rev. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
22. National Institute for Clinical Excellence. "Anxiety: management of anxiety in adults in primary, secondary, and community care". *Clinical Guideline 22*. London: National Institute for Clinical Excellence; 2005.
23. Bucla-Casal G; de los Santos-Roig M; Carretero-Dios H; Cachinero J. "Análisis de la

- Interrelación entre Alergia y Variables Psicológicas*". *Salud Mental*. Octubre, 2002; Volumen 25, Número 5: pg. 23-28.
24. Buéla-Casal G; de los Santos-Roig M; Carretero-Dios H; Cachinero J. "Análisis de la Interrelación entre Alergia y Variables Psicológicas". *Salud Mental*. Octubre, 2002; Volumen 25, Número 5: pg. 24.
25. Rodríguez R; Almirall PJ; Oramas A; Hechavarría JH; Azze MA; Fernández B; Álvarez M. "Estrés y Manifestaciones Dermatológicas en una Población Trabajadora Bajo Exigencias Psíquicas". *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2002; 3 (1-2): pg. 55-61.
26. Dudley W. "The psychological impact of warts on patients lives". *Prof-Nurse*. 1995;11(2): pg.99-100.
27. Gupta M. "Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life". *Journal of Dermatology*. 1995;34(10): pg. 17-9.
28. Haynol D. *Manual de Medicina Psicosomática*; 1980.
29. Lucio, GME; Gallegos ML; Consuelo DP; Jurado SCF. "Factores de Personalidad y Sucesos de Vida que Inciden en el Tratamiento de Pacientes con Dermatitis Atópica". *Revista del Centro Dermatológico de la Pascua*; Volúmen 8, Número 2. Mayo - Agosto, 2002. Pg. 67.
30. Panconesi E; Hautmann G. "Aspectos Psicofisiológicos del Estrés en Dermatología: patrón psicobiológico de los aspectos psicopáticos". *Clínicas Dermatológicas*. Editorial McGraw-Hill Interamericana, 1996; 3: 413-435.
31. Sánchez E; González F; Rodríguez E; Avilán R. "Trastornos de Ansiedad en Madres de Niños con Dermatitis Atópica de Moderada a Severa". *Dermatología Venezolana*. 1999; Volumen 37, Número 1: pg. 22-27.
32. Lazarus R, Folkman S. "Estrés y procesos cognitivos". Editorial Martínez Roca, S.A. 1986.
33. Di Martino V. "Occupational stress: A preventive approach". *Conditions of Work Digest*. 1992;11(2).
34. Daruma J. "Introduction to Psychoneuroimmunology". Elsevier. USA 2004. p 1-5.
35. Treviño M; Jaramillo F. "El sistema nervioso y su relación con el sistema inmunológico". *Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 2005; 13 (33): 14-21.
36. Gomez B; González A. "Psychoneuroimmunology: condicionamiento de la respuesta inmune". *Rev Mex Neuroci* 2033; 4(2): 83-90.
37. Felten D; Maida M. "Psychoimmunology". *Encyclopedia of the Human Brain*. Elsevier Science USA. 2002; 4: 103-127.
38. Lutgendorf S; Costanzo E. "Psychoneuroimmunology and health psychology: An integrative model". *Brain, Behavior, and Immunity* 17 (2003) 225-232.
39. Avitsur R; Powell N; Padgett D; Sheridan J. "Immunology and Allergy Clinics of North America - Chapter: Social Interactions, Stress, and Immunity". Elsevier 2009. pp 285-292.
40. Vera P; Buéla G. "Psychoneuroimmunología: relación entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos". *Rev Latinoamericana de Psicología*. 1999; 31 (002): 271-289.
41. Contreras M. "Tesis: Depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes con prurito". UNIVERSIDAD FAVALORO 2008. pp 1-61.
42. Grimalt F; Cotterill J. "Dermatología y Psiquiatría - Cap. 19: Aspectos psicológicos de la Dermatitis Atópica y Seborreica". España 2002. pp 211-224.
43. Ludwig M; Redivo L; Zogbi H; Hauber L; Facchin T; Müller M. "Aspectos psicológicos em dermatologia: avaliação de índices de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida". *Revista de Psicologia da Vetor Editora* 2006; 7 (2): p. 69-76.
44. Vinaccia S; Quiceno J; Martínez A; Arbeláez C. "Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Emociones negativas y Apoyo Social en Pacientes con Psoriasis Vulgar". *Psicología y Salud - Universidad Veracruzana*. Enero - Julio 2008; Volumen 18, Número 001: pg. 17-25.
45. de Tiedra AG; Mercadal J; Badía X; Mascaró JM; Herdman M; Lozano R. "Spanish Transcultural Adaptation of the Questionnaire Dermatology Life Quality Index (DLQI): Índice de Calidad de Vida en Dermatología". *Actas Dermosifiliogr*. 1998;98: pg. 692-700.
46. Kiebert G; Sorensen SV; Revicki D; Fagan SC; Doyle JJ; Cohen J; Fivenson D. "La Dermatitis Atópica se Asocia con una Disminución de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud". *International Journal of Dermatology*. 2002; 41: pg. 329.
47. Hernández-Fernaude E; Hernández B; Ruiz A; Rodríguez A; Betancor V. "Impacto de las Alteraciones Dermatológicas de Baja Expresión en Función del Nivel de Especificidad de la Calidad de Vida". *Psicothema*. 2008; Volumen 20, Número 2: pg. 273-278.

48. Acosta Medina D; Alfonso Trujillo I; Toledo García M. "Calidad de Vida, Actividad y Severidad de la Psoriasis en Pacientes de un Policlínico de La Habana - Cuba. Enero - Julio 2008". *Dermatología Peruana*. 2009; Volumen 19, Número 1: pg. 44-47.
49. Leung D, Bieber T. Atopic dermatitis. *Lancet* 2003; 361: 151-60.
50. Kiebert G; Sorensen SV; Revicki D; Fagan SC; Doyle JJ; Cohen J; Fivenson D. "La Dermatitis Atópica se Asocia con una Disminución de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud". *International Journal of Dermatology*. 2002; 41: pg. 329.
51. Bjelland I; Dahl A; Tangen Haug T; Neckelmann D. "The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale". *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 52 (2): 69-77.
52. de Lucasa R; González-Enseñatb MA; Giménezc A; Puigd L; Vicente A. "Validación de las versiones españolas de los cuestionarios Parents' Index of Quality of Life in Atopic Dermatitis (PIQoL-AD) y Quality of Life Index for Atopic Dermatitis (QoLIAD):. un estudio internacional". *Actas Dermosifiliogr* 2003;94(8):539-48.
53. Rodríguez R, Alirall PJ, Oramas A, Hechavarría JH, Azze MA, Fernández B, Álvarez M. "Estrés y Manifestaciones Dermatológicas en una Población Trabajadora Bajo Exigencias Psíquicas". *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2002; 3: 55-61.
54. Buela-Casal G, de los Santos-Roig M, Carretero-Dios H, Cachinero J. "Análisis de la Interrelación entre Alergia y Variables Psicológicas". *Salud Mental* 2002; 25 (5): 23-28.
55. Catterill J & Cunliffe W. "Suicide in Dermatological Patients". *British Journal of Dermatology*. 2003; 137:246-250.
56. Gupta & Gupta. "Depression and Suicidal Ideation in Dermatology Patients with Acne, Alopecia Atrata, Atopic Dermatitis and Psoriasis". *British Journal of Dermatology*. 2002; 139: 846-850.
57. Halvorsen J, Stern R, Dalgard F, Thoresen M, Bjertness E and Lien L. "Suicidal Ideation, Mental Health Problems, and Social Impairment are Increased in Adolescents with Acne". *Journal of Investigative Dermatology*. 2011; 131: 363-370.
58. Contreras M. "Depresión, Ansiedad y Calidad de Vida en Pacientes con Prurito". *Universidad de Favaloro-Argentina*. 2008.
59. Antuña S, García E, Menéndez A, Secades R, Pérez J & Curto J. "Perfil Psicológico y Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedades Dermatológicas". *Psicothem*. 2000; 12 (2): 30-34.
60. Zhacariae R, Zhacariae C, Ibsen H, Mortensen J & Wulf H. "Psychological Symptoms and Quality of Life of Dermatologic Outpatients and Hospitalized Dermatology Patients". *Acta Derm Vereol* 2004; 84: 205-212.
61. Shaymaa El-Mongy, El-Shahat Farag Ahmed & Waffaa El-Bahaey. "Atopic Dermatitis: Relationship Between Disease Severity, Anxiety and Quality of Life in Children and Adults". *Egyptian Dermatolgy Online Journal*. 2006; 2 (1): 1-17.
62. Vinaccia S, Quiceno J, Martínez A, Arbeláez C. "Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Emociones Negativas y Apoyo Social en Pacientes con Psoriasis Vulgar". *Psicología y Salud* 2008; 18 (1): 17-25.
63. Hernández E, Ruiz A, Rodríguez A & Betancor V. "Impacto de las Alteraciones Dermatológicas de Baja Expresión en función del nivel de Especificidad de la Calidad de Vida". *Psicotherma* 2008; 20 (2): 273-278.
64. Lucio GME, Gallegos ML, Consuelo DP, Jurado SCF. "Factores de Personalidad y Sucesos de Vida que Inciden en Tratamiento de Pacientes con Dermatitis Atópica". *Revista Centro Dermatológico Pascua* 1999; 5(3): 66-75. .
65. Tiedra A, Mercadal J, Badia X, Mascaro J, Herdman M & Lozano R. "Adaptación Transcultural al Español del Cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI)". *Barcelona - España. Laboratorios Novag*. 1998.
66. Vinaccia S, Quiceno J, Martínez A, Arbeláez C. "Calida de Vida Relacionada con la Salud, Emociones Negativas y Apoyo Social en Pacientes con Psoriasis Vulgar". *Psicología y Salud - Universidad Veracruzana*. Enero - Julio 2008; 18 (001): pg. 17-25.

ANEXOS

Anexo I. Explicación del trabajo y de los cuestionarios dirigidos a los pacientes

CUESTIONARIOS PARA LA INVESTIGACIÓN

“Trastornos de Ansiedad y su Relación con la Calidad de Vida en Pacientes Adultos con Dermatitis Atópica”

INTRODUCCIÓN:

Saludos cordiales,

Mi nombre es Mauricio Valencia, soy estudiante egresado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estoy realizando un estudio sobre la relación del estado de ansiedad y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos diagnosticados con Dermatitis Atópica. Este estudio se lo realiza con el auspicio del Centro de la Piel (CEPI), dirigido por el Dr. Santiago Palacios; y forma parte de la tesis de grado necesaria para obtener mi título de Médico - Cirujano. Ustedes como pacientes del CEPI han sido seleccionados al azar, para formar parte del estudio. Se garantizará total y absoluto anonimato en la publicación del estudio, del nombre y cualquier dato que los pueda identificar. Yo también tengo la misma enfermedad desde la infancia, y conozco todos los inconvenientes que esta conlleva, por eso creo que el tema es de interés para todos los que la padecemos. Una vez finalizado el estudio nos dará una idea clara de si la ansiedad afecta a la vida diaria de la gente que sufre de Dermatitis Atópica, además de dar una guía a los profesionales de la salud sobre cómo tratarla de una manera más integral y tomando en cuenta el aspecto emocional de la persona.

En el siguiente archivo adjuntado se pide algunos datos básicos de la persona, como edad, estado civil, ocupación, como percibe el nivel de gravedad de su enfermedad en el momento actual, etc. Posteriormente se ha elaborado unas cuantas instrucciones para llenar correctamente los test que son la base de la investigación. El primero es el Test de Ansiedad de Hamilton, que sirve para identificar a las personas que se encuentran con ansiedad, y el segundo es un cuestionario para medir la calidad de vida específicamente en Dermatitis Atópica. El llenar los cuestionarios les tomará muy poco tiempo. A las personas que les interesa les podré hacer conocer los resultados que obtuvieron.

Agradeciendo inmensamente de antemano su colaboración,

Mauricio Valencia C.

Anexo II. Datos demográficos y clínicos de los pacientes

INFORMACIÓN REQUERIDA:

* Poner una X en donde corresponda a su respuesta.

Edad = ____ años (escribir el número de años cumplidos).

Sexo = masculino ____ femenino ____

Ocupación = _____ (escribir a lo que se dedica).

Estado Civil = soltero/a ____ unión libre ____

casado/a ____ viudo/a ____

Nivel de Instrucción = ninguna ____ primaria ____

secundaria ____ superior ____

DATOS CLÍNICOS:

Tiempo de Evolución = _____ .

(poner en años o desde hace cuanto tiempo usted sufre de Dermatitis Atópica, aproximadamente).

Autopercepción del estado actual de gravedad de Dermatitis Atópica =

(poner una X en donde corresponda al nivel de gravedad de su enfermedad en este mismo instante, como usted mismo la perciba o considere)

Leve ____

Moderada ____

Severa ____

Anexo III. Escala de Ansiedad de Hamilton

Considerando los últimos 30 días, escoja en cada uno de los 14 ítems la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación. Las definiciones que siguen al enunciado de cada ítem, son ejemplos que pueden servir de guía. Responda espontáneamente marcando con una X y no piense mucho en las respuestas para que estas sean confiables.

0 = Ausente.
1 = Intensidad Ligera.
2 = Intensidad Media.
3 = Intensidad Elevada.
4 = Intensidad Máxima (invalidante).

#	SINTOMATOLOGÍA	0	1	2	3	4
1	Estado Ansioso: preocupación, pesimismo, inquietud, expectativas de catástrofe (miedo al futuro), aprensión (anticipación con terror), irritabilidad.					
2	Tensión: sensaciones de tensión, fatiga, imposibilidad de estar quieto, reacciones de sobresalto, llanto fácil, temblores, sensaciones de incapacidad para esperar.					
3	Miedos: a la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales, a la circulación, a la muchedumbre, etc.					
4	Insomnio: dificultades de conciliación, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos.					
5	Funciones Intelectuales (cognitivas): dificultad de concentración, mala memoria.					
6	Estado de ánimo depresivo: pérdida de interés, no disfruta del tiempo libre, depresión, insomnio de madrugada, variaciones anímicas a lo largo del día.					
7	Síntomas Somáticos Musculares: dolores musculares, rigidez muscular, sacudidas musculares, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz quebrada.					

8	Síntomas Somáticos Generales: zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor o frío, sensación de debilidad, sensaciones parestesias (pinchazos u hormigueos).					
9	Síntomas Cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, sensación pulsátil en vasos, sensaciones de "baja presión" o desmayos, extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10	Síntomas Respiratorios: opresión pretorácica, constricción precordial, sensación de ahogo o falta de aire, suspiros, disnea (dificultad para respirar).					
11	Síntomas Gastrointestinales: dificultades evacuatorias, gases, dispepsia (dolores antes o después de comer), ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica, cólicos (espasmos) abdominales, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
12	Síntomas Genito-urinarios: micciones frecuentes, micción imperiosa, amenorrea (falta del periodo menstrual), metrorragia (hemorragia genital), frigidez, eyaculación precoz, impotencia, ausencia de erección.					
13	Síntomas del Sistema Nervioso Autónomo: boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
* 14	Conducta en el Transcurso del Test: tenso, tendencia al abatimiento, agitación (manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos), inquietud (va y viene), temblor en las manos, rostro preocupado, aumento del tono muscular o contracturas musculares, respiración entrecortada, palidez facial, traga saliva (deglución constante), eructos, taquicardia o palpitaciones, ritmo respiratorio acelerado (taquipnea) o suspiros, sudoración, pestañeo.					

0 = Ausente.
1 = Intensidad Ligera.
2 = Intensidad Media.
3 = Intensidad Elevada.
4 = Intensidad Máxima (invalidante).

* El ítem # 14 sobre el comportamiento del paciente durante el examen, debe ser contestado únicamente por el evaluador.

TOTAL =

Anexo IV. Versión Española del Cuestionario Quality of Life Index for Atopic Dermatitis (QoLIAD)

<p>Lea estas líneas atentamente</p> <p>A continuación podrá leer algunas afirmaciones hechas por personas que tienen eccema. Por favor marque verdadero si se siente identificado/a con estas afirmaciones y en caso contrario marque falso.</p> <p>Escoja siempre la opción con la que más se identifique <i>en estos momentos</i>.</p> <p>Por favor, lea detenidamente cada afirmación y decida si se corresponde con su caso <i>en estos momentos</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Me preocupa mi aspecto físico Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 2. No tengo confianza en mí mismo/a Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 3. Evito el contacto físico Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 4. Me siento muy incomodo/a con gente que no conozco demasiado Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 5. El eccema condiciona toda mi vida Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 6. Siempre estoy en tensión Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 7. Me gustaría aislarme del mundo Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 8. No puedo llevar la ropa que me gusta Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 9. Tengo la sensación de que la gente no quiere tocarme Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> <p>Por favor, recuerde que debe <i>marcar únicamente una opción</i> en cada afirmación</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Haga lo que haga no puedo olvidarme de mi problema Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 	<ol style="list-style-type: none"> 11. No quiero que la gente me vea mi piel Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 12. Me cuesta concentrarme Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 13. A veces tengo ganas de llorar Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 14. Me preocupa que no me acepten Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 15. No soporto verme en el espejo Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 16. Me cuesta relajarme Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 17. No me puedo concentrar en ninguna otra cosa Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 18. Pierdo mucho tiempo a causa de mi problema Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 19. Me da vergüenza mi aspecto físico Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 20. No puedo librarme de ello Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 21. Me preocupa conocer gente Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 22. No me deja hacer las cosas que quiero hacer Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> <p>Por favor, recuerde que debe <i>marcar únicamente una opción</i> en cada afirmación</p> <ol style="list-style-type: none"> 23. Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 24. El eccema afecta todo lo que hago Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> 25. No puedo soportar que nadie me toque Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------